

Gyógyszertámogatás

I. Személyes adatok

1./ A kérelmező személyére vonatkozó adatok

Neve: -----

Születési neve:-----

Anyja neve: -----

Születési helye és ideje: -----

Lakóhelye: 7164. Bataapáti ----- utca ----- szám.

Tartózkodási helye: -----

TAJ *szám (9 számjegy): -----

Telefon szám:----- (nem kötelező közölni)

e-mail cím: ----- (nem kötelező közölni)

II. A közeli hozzátartozókra és jövedelmükre vonatkozó adatok

1./ A kérelmező családi körülményei:

☐ egyedül élő**

☐ nem egyedül élő

2./ Kérelmező családjában*** élő közeli hozzátartozók**** száma száma: ----- fő

3./ Kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók adatai:

	Közeli hozzátartozó neve (születési neve)	Születési helye ideje	Családi kapcsolat megnevezése	TAJ szám
a				
b				
c				
d				
e				
f				
g				

* TAJ szám: Társadalombiztosítási Azonosító Jel, amely a Társadalombiztosítási igazolványon található 9 jegyű szám

** egyedül élő: az a személy, aki egyszemélyes háztartásban lakik.

*** Család: az egy lakásban együtt lakó, ott bejelentett lakóhellyel vagy tartózkodási hellyel rendelkező közeli hozzátartozók közössége.

****Közei hozzátartozó: a házastárs, az élettárs, a húszévesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező; a huszonhárom évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, nappali oktatás munkarendje szerint tanulmányokat folytató; a huszonöt évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, felsőoktatási intézmény nappali tagozatán tanulmányokat folytató vér szerinti gyermek, örökbefogadott gyermek, mostohagyermek és a Ptk. szerinti gyermekvédelmi nevelőszülő által e jogviszonya keretében nevelt gyermek kivételével a nevelt gyermek, korhatárra való tekintet nélkül a tartósan beteg, az autista, illetve a testi érzékszervi, értelmi vagy beszéd fogyatékos vér szerinti, örökbefogadott, mostoha-, illetve nevelt gyermek, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt.

A gyógyszer támogatás megállapítását jövedelmi helyzetemre és magas gyógyszerköltségemre tekintettel kérem.

III. Jövedelmi adatok

A kérelmező, valamint a családjában élő közei hozzátartozó havi jövedelme forintban.

A jövedelem típusa	A kérelmező	Az kérelmezővel egy családban élő közei hozzátartozók jövedelme							összesen
		a	b	c	d	e	f	g	
1. Munkaviszonyból, és más foglalkoztatási jogviszonyból származó ebből: közfoglalkoztatásból származó									
2. Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó									
3. Táppénz, gyermekgondozási támogatások									
4. Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások									
5. Önkormányzati és munkaügyi szervek által folyósított ellátások									
6. Egyéb jövedelem									
7. Összes jövedelem									

A család egy főre jutó havi nettó jövedelme: ----- Ft / hó

Gyógyszerköltség (orvosi igazolás alapján): ----- Ft / hó

A gyógyszer támogatás havi összege: 5.000,- Ft / hó

A gyógyszer támogatást a Képviselő-testület 6 hónapra állapítja meg.

Gyógyszertámogatásra az a bátaapáti lakcímmel rendelkező személy jogosult, akinek

- a) egyedül élő estén a jövedelme a szociális vetítési alap összegének 300%-át (85.500,-) nem haladja meg,
- b) családban élő esetén az egy főre jutó jövedelem a szociális vetítési alap összegének 250%-át (71.250,-) nem haladja meg, feltéve, ha részére a feltétlenül szükséges havi rendszeres gyógyító ellátás költségének összege meghaladja a havi 6.000,- forintot.

IV. Nyilatkozatok

1./ Felelősségem tudatában kijelentem, hogy életvitelszerűen *lakóhelyemen vagy tartózkodási helyemen* élek (megfelelő rész aláhúzendó)

2./ A közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

3./ Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatok a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához.

Bátaapáti, 20. ----- hó ----- napján

kérelmező aláírása

a háztartás nagykorú tagjainak aláírása

A kérelemhez csatolni kell:

- 1. A kérelmező és a családjában élő közeli hozzátartozó – a **kérelem benyújtást megelőző hónap - jövedelemigazolását**. A munkanélküli ellátásban részesülő (munkanélküli járadék, álláskeresői segély) családtagok esetén a **munkaügyi központ igazolását!**
- 2. **Orvosi igazolást a havi gyógyszerköltségről.**

IGAZOLÁS A BIZTOSÍTOTT HAVI GYÓGYSZERKÖLTSÉGÉRŐL

(A kezelőorvos aláírása és bélyegzőlenyomata nélkül nem fogadható el.)

Kérelmező neve:.....

TAJ szám:.....

Közgyógyellátásra jogosító igazolvánnyal rendelkezik-e: ☐ IGEN ☐ NEM

A Biztosított rendszeresen szedett havi gyógyszerei:

<i>Gyógyszer neve</i>	<i>A Biztosított által fizetendő térítési díj</i>
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

Javasoljuk, de a társadalombiztosítás által nem támogatott gyógyszerek, gyógyhatású készítmények:

.....	
.....	
.....	

Összesen: _____-Ft

A kezelőorvos egyéb észrevétele, közlendője, javaslata gyógyhatású készítményekre:

.....

.....

.....

Kelt:....., év, hónap, ...nap

.....

Kezelőorvos aláírása
bélyegző lenyomata