

KÉRELEM

Települési gyógyszersegély megállapításához
(NYOMTATOTT NAGYBETŰKKEL KÉRJÜK KITÖLTENI)

I. Az igénylő adatai:

1. /Kérelmező neve (születési név is) _____

Társadalom biztosítási Azonosító Jel/ TAJ szám/

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Születési helye: _____ Anyja neve: _____

Születési ideje: _____ év ____ hónap ____ nap

Nyugdíjas esetén nyugdíjas törzsszáma:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. /Állampolgársága: magyar

bevándorlási, letelepedési engedéllyel rendelkező

hontalan, menekültként vagy oltalmazottként elismert

Státuszt elismerő határozat száma: _____/20 _____

(a megfelelő rész aláhúzendő)

3. /Családi állapota:

egyedülálló (hajadon, nőtlen)

házastársával /élettársával/ bejegyzett élettársával lakik együtt

házastársától külön él

elvált

özvegy

(a megfelelő rész aláhúzendő)

4. /Lakóhely: _____ helység

_____ utca _____ sz. _____ em. _____ ajtó

Tartózkodási hely: _____ helység

_____ utca _____ sz. _____ em. _____ ajtó

Értesítési és utalási cím: _____ helység

_____ utca _____ sz. _____

Kijelentem, hogy életvitelszerűen lakóhelyemen vagy tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzendő.)

5./ A kérelem benyújtásának időpontjában a települési gyógyszer támogatást kérővel közös háztartásban élő közeli hozzátartozók, a kérelmező családjában lakók adatai:

Név	Születési hely, idő	Anyja neve	TAJ	Rokonsági fok

(*család*: egy lakásban együtt lakó, ott bejelentett lakóhellyel vagy tartózkodási hellyel rendelkező közeli hozzátartozók közössége.)

közeli hozzátartozó:

- a) a házastárs, az élettárs
- b) 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, örökbe fogadott, illetve nevelt gyermek,
- c) korhatárra való tekintet nélkül a tartósan beteg, az autista, illetve a testi, érzékszervi, értelmi vagy beszéd fogyatékos vérszerinti, örökbe fogadott, illetve nevelt gyermek, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt (a továbbiakban: fogyatékos gyermek)
- d) a 18. életévét be nem töltött gyermek vonatkozásában a vér szerinti és az örökbe fogadó szülő, illetve a szülő házastársa vagy élettársa:

háztartás: az egy lakásban együtt lakó, ott bejelentett lakóhellyel vagy tartózkodási hellyel rendelkező személyek közössége.)

II. A települési gyógyszer támogatás igénylésének indoka:

Igazolt havi gyógyszerköltség összege: _____ Ft.

III. Jövedelmi adatok*

A jövedelmek típusai	Kérelmező jövedelme	A kérelmezővel közös háztartásban élő házastárs (élettárs) jövedelme	A kérelmező családjában élő egyéb rokon jövedelme			Összesen
1. Munkaviszonyból, munkavégzésre irányuló jogviszonyból származó jövedelem és táppénz egyéb						
2. Társas és egyéni vállalkozásból származó jövedelem						
3. Rendszeres pénzbeli ellátás (FHT, RSZS, ápolási díj, stb.)						
4. Ingatlan, ingó vagyontárgyak értékesítéséből, vagyoni értékű jog átruházásából származó jövedelem						
5. Nyugellátás, baleseti nyugellátás, egyéb nyugdíjszerű ellátások						
6. A gyermek ellátásához és gondozásához kapcsolódó támogatások (GYES, GYED, GYET, családi pótlék, gyermektartás díj, stb.)						
7. Munkaügyi szervek által folyósított rendszeres pénzbeli ellátás						
8. Föld és bérbeadásából származó jövedelem						
9. Egyéb (pl.: ösztöndíj)						
10. Összes jövedelem						

Egy főre jutó havi nettó jövedelem (ügyintéző tölti ki). _____ Ft/hó.

(* A kérelemhez mellékelni kell a jövedelmi adatok táblázat 1-9 pontjaiban feltüntetett jövedelmek valódiságát igazoló iratokat, melyek 30 napnál régebbiek nem lehetnek.)

I. Egyéb nyilatkozatok:

Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt jövedelmi adatok valóságát a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 10.§-ának (7) bekezdése alapján a szociális hatáskört gyakorló szerv – a NAV hatáskörrel és illetékességgel rendelkező igazgatósága útján – ellenőrizheti.

Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához.

Büntetőjogi felelősségem teljes tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek.

Tudomásul veszem, hogy valótlan adatközlés esetén a támogatás megszüntetésre kerül a jogosulatlanul és rosszhiszeműen igénybevett támogatást a folyósító szerv a mindenkori jegybanki alapkamattal megemelt összegben visszaköveteli.

Bölcske, 20 ____ év _____ hó ____ nap

kérelmező házastársa/ élettársa/
bejegyzett élettársa aláírása

kérelmező aláírása

Kijelentem, hogy a települési gyógyszer támogatás megállapítása iránti kérelmemnek teljes egészében helyt adó döntés elleni fellebbezési jogomról lemondok. (Nemleges válasz esetén kérjük a szövegrészt áthúzással törölni!)

Bölcske, 20 ____ év _____ hó ____ nap

kérelmező házastársa/ élettársa/
bejegyzett élettársa aláírása

kérelmező aláírása

A kérelemhez csatolandó mellékletek:

1. **Vagyonynyilatkozat:** a pénzbeli és természetbeni szociális ellátások igénylésének és megállapításának, valamint folyósításának részletes szabályairól szóló 63/2006. (III. 27.) Kormány rendelet 1. sz. melléklete szerinti
2. **Jövedelem igazolások.**
3. **Igazolt gyógyszerköltség:** Igazolt gyógyszerköltségnek minősül a háziorvos által a rendszeres gyógyszerköltségekről kiállított igazolása, és a havi gyógyszerköltség gyógyszerertár általi igazolása.