

1. melléklet

KÉRELEM
gyógyszerkiadásokhoz nyújtott települési támogatáshoz

Alulírott azzal a kéressel fordulok Tisztelt Címhez, hogy részemre pénzbeli támogatás formájában **betegségem miatt** települési támogatást megállapítani szíveskedjen.

A kezelőorvos igazolása:

A kezelőorvos igazolása a fogyasztott gyógyszerekről és egyéb készítményekről	A gyógyszertár igazolása a fogyasztott gyógyszerek és egyéb készítmények költségéről
Egyéb költség: Dátum: kezelőorvos	Dátum: gyógyszertár

1. Személyi adatok

1.1. A kérelmező személyre vonatkozó adatok:

1.1.1. Neve:

.....

1.1.2. Születési neve:

.....

1.1.3. Anyja neve:

.....

1.1.4. Születési helye, ideje (év, hó, nap):

.....

1.1.5. Lakóhelye:

.....

1.1.6. Tartózkodási helye:

.....

1.1.7. Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

.....

1.1.8. Állampolgársága:

.....

1.1.9. Telefonszám :

.....

1.2. A kérelmező családi állapota:

1.2.1. egyedülálló,

1.2.2. házastársával/élettársával él együtt.

1.5. A kérelmezővel azonos lakcímen élő házastársára/élettársára vonatkozó adatok:

1.5.1. Neve:

.....

1.5.2. Születési neve:

.....

1.5.3. Anyja neve:

.....

1.5.4. Születési helye, ideje (év, hó, nap):

.....

1.5.5. Lakóhelye:

.....

1.5.6. Tartózkodási helye:

.....

1.5.7. Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

.....

1.7. A kérelmezővel azonos lakcímen élő, eltartott gyermekek száma összesen: fő

1.8. A kérelmezővel azonos lakcímen élő **gyermekekre** vonatkozó adatok:

Név (ha eltérő, születési neve is)	Anyja neve	Születési helye, ideje (év, hó, nap)	TAJ száma	18. életévét betöltött személy esetén azon oktatási intézmény megnevezése, ahol tanul

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy az egy főre eső jövedelem:

- **a mindenkori öregségi nyugdíjminimum 500%-át nem haladja meg (többszemélyes háztartás esetén,**
- **a mindenkori öregségi nyugdíjminimum 600%-át nem haladja meg (egyedülálló esetén)**

Dátum.....

.....

Aláírás