

Kisdorog Község Önkormányzata  
 7159 Kisdorog, Kossuth L. 187.

***KÉRELEM a gyógyszerkiadásokhoz nyújtott települési támogatáshoz***

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

**A kezelőorvos igazolása:**

A kezelőorvos igazolása a <b>fogyasztott</b> gyógyszerekről és egyéb készítményekről	A gyógyszertár igazolása a <b>fogyasztott</b> gyógyszerek és egyéb készítmények költségéről
Egyéb költség: ..... Bonyhád, ..... ..... kezelőorvos	Bonyhád, ..... ..... gyógyszertár

I. 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 : .....

1.1.10. Fizetési számlaszám (ha a folyósítást fizetési számlaszámra kéri): .....

1.1.11. A fizetési számlát vezető pénzintézet neve: .....

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)	Társadalom- biztosítási Azonosító Jele	18. életévét betöltött személy esetén azon oktatási intézmény megnevezése, ahol tanul	Megjegyzés*
1.8.1.						
1.8.2.						
1.8.3.						
1.8.4.						
1.8.5.						

\* Ebben az oszlopban kell feltüntetni:

a) ha a gyermekre tekintettel gyermekgondozási segélyt, gyermeknevelési támogatást, gyermekgondozási díjat vagy terhességi gyermekágyi segélyt folyósítanak,

b) ha a 20 évesnél fiatalabb gyermek nem jár oktatási intézménybe, de önálló keresettel még nem rendelkezik, vagy

c) életkortól függetlenül a tartós betegség vagy fogyatékosság fennállását, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt.

A kérelemhez csatolom a magam és a velem közös háztartásban lakók jövedelemigazolását.

Dátum

Aláírás