

5. melléklet a 6/2024. (VII.16.) önkormányzati rendelethez

EGYSZERI GYÓGYSZERTÁMOGATÁS IRÁNTI KÉRELEM

I.

Alulírott kérem részemre egyszeri gyógyszer támogatás megállapítását:

1. A kérelmező személyére vonatkozó adatok:

Neve: _____

Születési neve: _____

Anyja neve: _____

Születési helye, ideje (év, hó, nap): _____

Lakóhelye: _____

Tartózkodási helye: _____

Társadalombiztosítási Azonosító Jele (TAJ száma): _____

2. A kérelmező családi körülménye

- egyedülélő
 nem egyedülélő

3. A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók adatai

A kérelmező családjában, a kérelmezővel azonos lakcímen élő közeli hozzátartozók száma: fő.

	A	B	C	D	E
	Közeli hozzátartozó neve (születési neve)	Anyja neve	Születési helye, ideje (év, hó, nap)	Társadalom- biztosítási Azonosító Jele	Családi kapcsolat megnevezése
1.					
2.					
3.					

5. **Közgyógyellátásban** részesülök / nem részesülök. (A megfelelő rész aláhúzendó!)

6. Büntetőjogi felelősségem tudatában **kijelentem**, hogy a fentiek a valóságnak megfelelnek.

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

Tudomásul veszem, hogy a kérelmemre indult eljárás lefolytatásához szükséges személyes adataimat a hatóság az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény alapján kezeli.

Kelt:

.....
kérelmező aláírása

Kérelemhez mellékelni szükséges:

- Jövedelem igazolás
- A házi orvos igazolását.

II. Háziorvosi igazolás
/egyszeri gyógyszer támogatás megállapításához/

A kérelmező személyi adatai

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Vényköteles kiírt gyógyszerfélések felsorolása:

.....

Recept nélkül kiváltható javasolt gyógyszerek felsorolása:

.....

Zebegény, év hó nap

PH

.....
háziorvos aláírása