

KÉRELEM

Gyógyszertámogatás megállapítására

Személyi adatok

Kérelmező neve:.....

Születési neve:.....

Születési helye: Születési idő:.....év.....hó.....nap.

Anyja neve:.....

Társadalombiztosítási Azonosító Jel :.....

Állampolgársága:

Családi állapota^[11] : hajadon/nőtlen; házastársától külön él; házastársával együtt él; házastársával külön él; elvált; özvegy; élettárral él; házastársával együtt és élettárral együtt él; egyedül él.

Lakóhely^[12] :.....

Tartózkodási hely^[13] :.....

Életvitelszerűen a.....címen élek.

Kérelmező családi körülményei: egyedül élő, nem egyedül élő

Közgyógyellátásban részesülök: igen nem

Kérelmező telefonszáma^[14] :

E-mail címe^[15] :.....

A kérelmezővel közös háztartásban (azonos lakcímen) élők száma: fő

A kérelem benyújtásának időpontjában, a kérelmezővel közös háztartásban^[16] élők adatai:

Név	Születési hely, idő	Anyja neve	Rokoni fok	Társadalom- biztosítási Azonosító Jel
-----	------------------------	------------	---------------	---

1.

2.

3.

4.

Jövedelmi adatok

A jövedelmek típusai	Kérelmező jövedelme	A kérelmezővel közös háztartásban élő házastárs/élettárs jövedelme	A kérelmező családjában élő egyéb személyek jövedelme	Összesen
1. Munkaviszonyból, munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyból származó jövedelem és táppénz				
2. Társas és egyéni vállalkozásból származó jövedelem				
3. Rendszeres pénzbeli ellátás (FHT, RSZS, ápolási díj)				
4. Ingatlan, ingó vagyon tárgyak értékesítéséből, vagyon értékű jog				

átruházásából
származó jövedelem

5. Nyugellátás,
baleseti nyugellátás,
egyéb nyugdíjszerű
ellátások

6. A gyermek
ellátásához és
gondozásához
kapcsolódó
támogatások
(GYES,GYES,GYET,
családi pótlék,
gyermektartásdíj, stb.)

7. A munkaügyi
szervek,
önkormányzat által
folyósított rendszeres
pénzbeli ellátás

9. Egyéb jövedelem

10. Összes jövedelem:

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

Kérelmező nyilatkozata

Kijelentem, hogy

- *nem részesülök közgyógyellátásban/közgyógyellátásban részesülök, de a közgyógyellátás által nem fedezett gyógyszer- gyógyászati segédeszköz költségre kérek támogatást**

*(*A megfelelő rész aláhúzendó!)*

- *büntetőjogi felelősségem teljes tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek.*
- *tudomásul veszem, hogy valótlan adatközlés esetén a támogatás megszüntetésre kerül, és a jogosulatlanul és rosszhiszeműen igénybe vett támogatást a folyósító szerv kamattal megemelt összegben visszakövetelheti.*
- *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 és az OEP hatáskörrel és illetékességgel rendelkező igazgatósága útján – ellenőrizheti*

Baskó,év.....hónap.....nap.

.....

kérelmező aláírása

.....

kérelmező házastársának/élettársának aláírása

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Összesen: _____-Ft

Kelt:.....évhónapnap.

.....

Háziorvos/szakorvos aláírása

P.H.