

KÉRELEM
Gyógyszertámogatás megállapítására

Személyi adatok

Kérelmező neve:.....

Születési neve:.....

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

Anyja neve:.....

Társadalombiztosítási Azonosító Jel :.....

Állampolgársága:

Családi állapota¹: hajadon/nőtlen; házastársától külön él; elvált; özvegy; élettárssal él; egyedül él. házastársával együtt él; házas és házas és

Lakóhely²:.....

Tartózkodási hely³:.....

Életvitelszerűen a.....címen élek.

Kérelmező családi körülményei: egyedül élő, nem egyedül élő

Közgyógyellátásban részesülök: igen nem

Kérelmező telefonszáma⁴:

E-mail címe⁵:.....

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

A kérelem benyújtásának időpontjában, a kérelmezővel közös háztartásban⁶ élők adatai:

Név	Születési hely, idő	Anyja neve	Rokoni fok	Társadalombiztosítási Azonosító Jel
1.				
2.				
3.				
4.				

¹ A megfelelő rész aláhúzandó.

² Lakcímkártyán szereplő.

³ Lakcímkártyán szereplő.

⁴ Nem kötelező megadni.

⁵ Nem kötelező megadni.

⁶ **háztartás:** az egy lakásban együtt lakó, ott bejelentett lakóhellyel vagy tartózkodási hellyel rendelkező személyek közössége.

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 vagyontárgyak értékesítéséből, vagyoni 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 valótilan 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 valódiságát 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*

Felsődobsa,év.....hónap.....nap.

.....

kérelmező aláírása

.....

kérelmező házastársának/élettársának aláírása

(Háziorvos/szakorvos tölti ki!)

**IGAZOLÁS A BIZTOSÍTOTT HAVI VÉNYKÖTELES
GYÓGYSZERKÖLTSÉGÉRŐL**

(A háziorvos/szakorvos aláírása és bélyegzőlenyomata nélkül nem fogadható el!)

Kérelmező neve:.....

Születési neve:.....

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

Anyja neve:

Társadalombiztosítási Azonosító Jel:.....

Közgyógyellátásra jogosító igazolvánnyal rendelkezik-e: igen nem

Kérelmező rendszeresen szedett havi receptköteles gyógyszerei:

Gyógyszer neve

A Biztosított által fizetendő térítési díj

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Összesen: _____-Ft

Kelt:.....évhónapnap.

.....
Háziorvos/szakorvos aláírása

P.H.