**1.b. függelék**

**A helyi szociális támogatásokról és ellátásokról**

**szóló /2015.( … . … .) sz. rendelethez**

 **KÉRELEM**

**Gyógyszertámogatás megállapítása iránt**

**I. 1. A kérelmező személyes adatai**

**Neve: ............................................................................................................................................**

**Születési neve: .............................................................................................................................**

**Anyja neve: .................................................................................................................................**

**Születési hely, év, hó, nap: .........................................................................................................**

**Lakóhely: ....................................................................................................................................**

**Tartózkodási hely: ......................................................................................................................**

**Társadalombiztosítási azonosító jele………………………………………………………….**

**2. A kérelmezővel közös háztartásban élők száma:.......fő**

**A kérelmezővel közös háztartásban élők személyi adatai:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **név/születési név** | **születési hely év, hó, nap** | **anyja neve** | **rokonsági fok** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**II. Jövedelmi adatok**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **jövedelem típusa** | **kérelmező**  | **közös háztartásban élő személyek** |
| **munkaviszonyból, foglalkoztatási jogviszonyból származó** |  |  |  |  |  |  |
| **társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó** |  |  |  |  |  |  |
| **alkalmi munkavégzésből származó** |  |  |  |  |  |  |
| **táppénz, gyed, gyes, gyet, családi pótlék** |  |  |  |  |  |  |
| **nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások** |  |  |  |  |  |  |
| **önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások**  |  |  |  |  |  |  |
| **egyéb** |  |  |  |  |  |  |
| **Összesen** |  |  |  |  |  |  |

**III. Nyilatkozat a szedésre felírt gyógyszer nevéről és áráról:**

**…………………………………………………………………………………………………...**

**…………………………………………………………………………………………………..**

**Tájékoztató:**

**1. A kérelmezőnek az egy főre jutó jövedelmet igazolnia kell:**

- A családban élők jövedelmének igazolása a jövedelem típusának megfelelő irattal

(pl. munkáltatói igazolás) történik.

- A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 10.§ szerint:

"(2) A jogosultság megállapításakor

a) a **havi rendszerességgel járó** - nem vállalkozásból, illetve őstermelői tevékenységből (a továbbiakban együtt: vállalkozás) származó - **jövedelem esetén a kérelem benyújtását megelőző hónap jövedelmét,**

b) a **nem havi** rendszerességgel szerzett, illetve vállalkozásból származó jövedelem esetén a kérelem **benyújtásának hónapját közvetlenül megelőző tizenkét hónap alatt szerzett jövedelem egyhavi átlagát**

kell figyelembe venni, azzal, hogy a b) pont szerinti számításnál azon hónapoknál, amelyek adóbevallással már lezárt időszakra esnek, a jövedelmet a bevallott éves jövedelemnek e hónapokkal arányos összegében kell beszámítani.

**2. A kérelemhez csatolni kell a kötelező szedésre felírt gyógyszer áráról kiállított orvosi igazolást.**

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek és tudomásul veszem, hogy azok valódisága a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény alapján a NAV-nál ellenőrizhető.

Alulírott hozzájárulok, hogy személyi adataimat, illetve a háztartásomban élők adatait a jogosultság megállapítása és teljesítése céljából felhasználják.

Karancsalja, ...........év.......................hó.....nap.

 ....................................................................

 kérelmező