**1. melléklet az 5/2020. (IX. 25.) önkormányzati rendelethez**

**KÉRELEM**

**gyógyszertámogatás megállapítására**

***1. Kérelmezőre vonatkozó adatok***

**1.1. Személyes adatok**

1.1.1. Neve: ...................................................................................................................................................

1.1.2. Születési neve: ....................................................................................................................................

1.1.3. Anyja neve: .........................................................................................................................................

1.1.4. Születési hely, idő: …..........................................................................................................................

1.1.5. Lakóhelye: ..........................................................................................................................................

1.1.6. Tartózkodási helye: .............................................................................................................................

1.1.7. Társadalombiztosítási Azonosító Jele: ................................................................................................

1.1.8. Adóazonosító jele: ..............................................................................................................................

1.1.9. Állampolgársága:.................................................................................................................................

1.1.10. Telefonszám (nem kötelező megadni): ............................................................................................

1.1.11. Fizetési számlaszám : …………………………………………………………………………….

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

1.1.13. A kérelmező idegenrendészeti státusza (nem magyar állampolgárság esetén):

1.1.13.1. □ szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, vagy

1.1.13.2. □ EU kék kártyával rendelkező, vagy

1.1.13.3. □ bevándorolt/letelepedett, vagy

1.1.13.4. □ menekült/oltalmazott/hontalan.

**1.2. Kérelmezővel közös háztartásban (azonos lakcímen) élők száma:** ............ fő.

**1.3. Kérelmező háztartásában élők személyi adatai:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | A | B | C | D | E |
|  | Név (születési név) | Születési helye, ideje | Anyja neve | Rokonsági fok | Társadalombiztosítási Azonosító Jele |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |

***2. Jövedelmi adatok***

A kérelmező, valamint a vele közös háztartásban élő személyeknek a havi jövedelme forintban:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | A | B | C | | | | Összesen |
|  | A jövedelem típusa | Kérelmező | A kérelmezővel közös háztartásban élő további személyek | | | |
| 1. | Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Táppénz, gyermekgondozási támogatások |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Egyéb jövedelem |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Összes jövedelem |  |  |  |  |  |  |

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

***3. A támogatás jogosultsági feltételeire vonatkozó adatok***

**3.1 A kérelmező közgyógyellátásra jogosult:** igen/nem

**3.2. A kérelmező havi rendszeres gyógyító ellátás költsége a mellékelt orvosi igazolás alapján:**………Ft.

***4. Nyilatkozatok***

Felelősségem tudatában kijelentem, hogy

1. életvitelszerűen a lakóhelyemen /a tartózkodási helyemen élek\* (a megfelelő rész aláhúzandó),
2. a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Tudomásul veszem, hogy

1. a kérelemben közölt jövedelmi adatok valódiságát 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,
2. valótlan tartalmú nyilatkozat, vagy igazolás esetén a kérelem elutasítható, a jogosulatlanul és rosszhiszeműen igénybe vett támogatást pedig vissza kell fizetni,
3. köteles vagyok a feltüntetett adatokban bekövetkezett változást 15 napon belül bejelenteni az eljáró hatóságnak.

**A kérelemhez mellékelni kell a jövedelmi adatokra vonatkozó táblázat 1-6. pontjaiban feltüntetett jövedelmek valódiságát igazoló iratokat.**

Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához.

Gombosszeg, ……………………………….

|  |  |
| --- | --- |
|  | ……………………………………………….  kérelmező |

|  |
| --- |
| \* Ezt a nyilatkozatot csak abban az esetben kell megtenni, ha bejelentett lakó- és tartózkodási hellyel is rendelkezik. |