1. melléklet

**K é r e l e m**

**Rendszeres gyógyszer hozzájárulás megállapítására**

**I. SZEMÉLYI ADATOK**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Megnevezés** | **Kérelmező** | **házastárs (élettárs)** |
| Neve (születési név is) |  |  |
| Anyja neve |  |  |
| Születési hely, év, hó, nap |  |  |
| Családi állapota |  |  |
| Lakóhelye |  |  |
| Tartózkodási helye |  |  |
| Hajléktalan személy esetén a folyósítás helye |  |  |
| TAJ száma |  |  |
| Telefonszáma |  |  |
| E-mail címe |  |  |
| Bankszámlaszám (ha a folyósítást bankszámlára kéri) |  |  |
| Folyószámla-vezető pénzintézet  |  |  |

 **II. A KÉRELMEZŐVEL KÖZÖS HÁZTARTÁSBAN ÉLŐ SZEMÉLYEK ADATAI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Név** | **Születési év, hó, nap** | **TAJ szám** | **Családi kapcsolat** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |

**III. A JOGOSULTSÁG FELTÉTELEIRE VONATKOZÓ ADATOK**

Közgyógyellátásra jogosító igazolvánnyal rendelkezem: **igen/nem** (a megfelelő aláhúzandó)

**Alulírott kérem, hogy a fentiekben közölt adatok és a becsatolt igazolások, nyilatkozatok alapján rendszeres gyógyszer támogatásra való jogosultságomat szíveskedjenek megállapítani.**

**Büntetőjogi felelősségem tudatában k i j e l e n t e m, hogy a kérelemben közölt adatok a valóságnak megfelelnek.**

**H o z z á j á r u l o k a kérelemben közölt adatoknak a szociális igazgatási eljárásban történő felhasználásához és kezeléséhez.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_év \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_hó \_\_\_\_\_\_nap**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **kérelmező aláírása**

**IGAZOLÁS RENDSZERES GYÓGYSZER HOZZÁJÁRULÁSHOZ**

 *(A háziorvos és a gyógyszertár tölti ki.)*

I. Igazolom, hogy

Neve: .........................................................................................................................................

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

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

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

Lakóhely: .................................................................................................................................

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

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

a krónikus betegségeire tekintettel az alábbi vényköteles gyógyszereket szedi havi rendszerességgel:

Rendszeres gyógyszerköltségnek kell tekinteni a krónikus betegséggel összefüggő, havi rendszerességgel szedett, vényköteles gyógyszerek egy havi adagjának költségét. A rendszeres gyógyszer hozzájárulás megállapításánál nem vehetők figyelembe a krónikus betegséggel összefüggésben szedett, vény nélkül kapható, gyógyszernek nem minősülő gyógyhatású készítmények, a táplálékkiegészítők, a vitaminok és a gyógyászati segédeszközök.

A feltüntetett gyógyszerek árát a gyógyszertár igazolja!

|  |  |
| --- | --- |
| **Gyógyszer** | **Gyógyszertár tölti ki!** |
| **Neve** | **Havi adagja** | **Ft**  | **Gyógyszertár pecsét, aláírás** |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
| . |   |   |   |

Dátum: ................................................

.......................................... háziorvos aláírása
munkahelyének címe

Ph.