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.