**2.sz. melléklet a 2/2015. (II.25.) rendelethez**

**KÉRELEM TELEPÜLÉSI GYÓGYSZERTÁMOGATÁS**

**megállapítására**

**A támogatás jogcíme: Eseti települési gyógyszertámogatás**

**Rendszeres települési gyógyszertámogatás**

(Közgyógyellátásban részesülők számára nem állapítható meg!)

**A kérelem** **indoka:**

**Kérelmező neve:**

**Születési neve:**

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

**Anyja neve:**

**Társadalombiztosítási Azonosító Jel: Adóazonosító jel:**

**Állampolgársága:** magyar, egyéb:

**A kérelmező idegenrendészeti státusza:** szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, EU kék kártyával rendelkező, bevándorolt, letelepedett, menekült, oltalmazott, hontalan . **Státuszt elismerő határozat száma:** /20

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

**Tartózkodási hely:**

**Életvitelszerűen a címen élek.**

A megállapított támogatást postai úton / bankszámlára kérem folyósítani6. **Bank: Számlaszám:**

**Kérelmező családi körülményei:** □ egyedül élő, □ nem egyedül élő

**Közgyógyellátásban részesülök:** □ igen □ nem

**Kérelmező telefonszáma:**

**E-mail címe:**

**A kérelem benyújtásának időpontjában, a kérelmezővel közös háztartásban élők adatai**

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

**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 által folyósított rendszeres pénzbeli ellátás** |  |  |  |  |  |  |
| **8.Föld bérbeadásából származó jövedelem** |  |  |  |  |  |  |
| **9. Egyéb (pl. ösztöndíj)** |  |  |  |  |  |  |
| **10. Összes jövedelem:** |  |  |  |  |  |  |

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

**Kérelmező nyilatkozata**

Kijelentem, hogy

1. *a Veszprém Megyei Kormányhivatala Egészségbiztosítási Pénztári Szakigazgatási Szervétől* ***nem részesülök*** *közgyógyellátásban,*
2. *büntetőjogi felelősségem teljes tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek.*
3. *tudomásul veszem, hogy valótlan adatközlés esetén a támogatás megszüntetésre kerül, és a jogosulatlanul és rosszhiszeműen igénybe vett támogatást a folyósító szerv kamattal megemelt összegben visszakövetelheti.*
4. *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 NAVés az OEP hatáskörrel és illetékességgel rendelkező igazgatósága útján - ellenőrizheti*

Jásd, év hónap nap.

**kérelmező kérelmező házastársának/élettársának**

**aláírása aláírása**

***(Háziorvos tölti ki!)***

**IGAZOLÁS A BIZTOSÍTOTT HAVI RECEPTKÖTELES GYÓGYSZERKÖLTSÉGÉRŐL**

**(A háziorvos 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**

**Tés év hónap nap.**

Háziorvos aláírása, pecsétszáma

*P.H.*