

K É R E L E M

gyógyszertámogatás megállapításához

1. A támogatást igénylő adatai:

Név: _____ Születési név: _____
 Szül.hely, idő: _____ Anyja neve: _____
 Lakóhely (szem. okmány alapján): _____
 Tartózkodási hely: _____
 TAJ szám: _____ Telefonszám: _____

Állampolgársága: magyar / külföldi, és pedig: (aláhúzendő, kitöltendő)

Magyarországon tartózkodás jogcíme: bevándorolt, letelepedett, menekült, oltalmazott, hontalan, szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, eu kék kártyával rendelkező (aláhúzendő)

Életvitelszerűen a lakóhelyemen vagy tartózkodási helyemen élek:

(a megfelelő rész aláhúzendő, ezt a nyilatkozatot csak abban az esetben kell megtenni, ha bejelentett lakó és tartózkodási hellyel is rendelkezik.)

2. A közeli hozzátartozókra és jövedelmükre vonatkozó adatok

A kérelmező családi körülménye:

egyedül élő, /nem egyedül élő.

A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók adatai

A kérelmező családjában, a kérelmezővel azonos lakcímen élő közeli hozzátartozók száma: fő.

	A	B	C	D	E	F
1.	Közeli hozzátartozó neve (születési neve)	Anyja neve	Születési helye, ideje (év, hó, nap)	Társadalombiztosítási Azonosító Jele	Családi kapcsolat megnevezése	Megjegyzés*
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

Jövedelmi adatok

A kérelmező, valamint a családban élő közeli hozzátartozóinak a havi jövedelme forintban:

	A	B	C				
1.	A jövedelem típusa	Kérelmező	A családban élő közeli hozzátartozók				
2.	Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó ebből közfoglalkoztatásból származó:						
3.	Társas és egyéni vállalkozásból,						

	őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó						
4.	Táppénz, gyermekgondozási támogatások						
5.	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások						
6.	Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások						
7.	Egyéb jövedelem						
8.	Összes jövedelem						

3. Nyilatkozatok

Kijelentem, hogy

életvitelszerűen a lakóhelyemen/a tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzendő), a közölt adatok a valóságnak megfelelnek; a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 50. § (1) (2) bekezdései alapján a Járási Hivatal közgyógyellátásra való jogosultságot nem állapított meg részemre, illetve arra vonatkozó kérelmet nem nyújtottam be.

Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt 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.

Tudomásul veszem, hogy a megállapított gyógyszer-támogatás összegéről utólag, minden hónap 10. napjáig a nevemre kiállított számlával köteles vagyok elszámolni. Amennyiben ennek két egymást követő hónapban nem teszek eleget, az a támogatás folyósításának megszüntetésével jár.

Kijelentem, hogy az ellátásra való jogosultság feltételeit érintő lényeges tények, körülmények megváltozásáról 15 napon belül értesítem az ellátást megállapító szervet.

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

Kelt:,

.....

kérelmező aláírása

.....

kérelmező házastársának/élettársának
aláírása