

## Kérelem

### **rendkívüli települési támogatás iránt gyógyszerkiadások viseléséhez**

Kérem, hogy részemre az alábbi adatok és indokok alapján a gyógyszerkiadási támogatást megállapítani szíveskedjenek:

#### **1. A kérelmező személyére vonatkozó adatok:**

Kérelmező neve: .....

Születési neve: .....

Szül. helye, ideje: .....

Anyja neve: .....

Lakóhelye: .....

Tartózkodási helye: .....

TAJ száma    -    -

Állampolgársága: .....

Családi állapota: házas, hajadon, nőtlen, elvált, özvegy, élettárs

(a megfelelő aláhúzendó)

Telefonszám:.....

# T Á J É K O Z T A T Ó

A következő oldalon lévő orvosi javaslatot a háziorvosával/kezelőorvosával szíveskedjék kitöltetni

vagy a rendszeresen szedett gyógyszerekre,

vagy az eseti jelleggel szükséges gyógyszerekre,

vagy gyógyászati segédeszközre, majd a gyógyszerértékben a gyógyszerköltségeket igazoltatni! Illetve a gyógyászati segédeszköz esetén az árajánlatot/számlát csatolni szíveskedjen!

## A KÉRELEMHEZ CSATOLNI KELL

- a települési támogatáshoz szükséges 1. sz. melléklete szerinti kérelmet.
- a 2. sz. melléklet szerinti jövedelemnyilatkozatot
- a jövedelemnyilatkozatban feltüntetett jövedelem valódiságának igazolására szolgáló iratot (nyugdíj-szelvényt, munkáltatói igazolást, és egyéb jövedelemigazolást, vállalkozó esetén a Nemzeti Adó- és Vámhivatal (a továbbiakban: NAV) által kiállított igazolást az előző évről, munkanélküli esetén a Munkaügyi Központ igazolása arról, hogy regisztrált álláskereső.

Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt adatok valódiságát az önkormányzat a NAV útján ellenőrizheti.

....., 2015. ....hó .....nap.

.....  
kérelmező aláírása

## ORVOSI JAVASLAT

A beteg neve: .....

Anyja neve: .....

Lakcíme: .....

Betegségei latin nyelvű diagnózisának megnevezése:

.....  
.....

**KÉRJÜK, AZ ALÁBBIAK KÖZÜL EGYET JELÖLJÖN MEG!**

Betegségeinek kezelésére *tartósan, és rendszeresen* (várhatóan 6 hónapig, vagy 6 hónapnál hosszabb ideig kell folyamatosan szednie) alkalmazandó gyógyszerek megnevezése:

.....  
.....  
.....

Betegségeinek kezelésére *eseti jelleggel* (várhatóan 6 hónapnál rövidebb ideig kell szednie) alkalmazandó gyógyszerek megnevezése:

.....  
.....  
.....

Gyógyászati segédeszköz megnevezése: .....

.....

....., 2015..... hó ..... nap

PH

.....  
orvos aláírása

**IGAZOLÁS A GYÓGYSZERKÖLTSÉGEKRŐL (A gyógyszerár tölti ki!)**

A beteg neve: .....

Lakcíme: .....

TAJ száma --

Igazolom, hogy nevezett **havi rendszeres gyógyszerköltsége** az orvosi javaslatban szereplők szerint havi .....Ft.

Igazolom, hogy nevezett **eseti gyógyszerköltsége** az orvosi javaslatban szereplők szerint .....Ft.

Ezt az igazolást nevezett kérelmére gyógyszertámogatás iránti jogosultságának elbírálásához adtam ki.

....., 2015.....hó .....nap

PH

.....  
gyógyszerár aláírása