

KÉRELEM

Gyógyszerkiadások viseléséhez nyújtott települési támogatás megállapítására

A kérelmezőre vonatkozó adatok

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, idő (év, hó, nap):

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Adóazonosító jele:

Állampolgársága:

Telefonszám (nem kötelező megadni):

Fizetési számlaszám (akkor kell megadni, ha a folyósítást fizetési számlaszámra kéri):

A fizetési számlát vezető pénzintézet neve:

A kérelmező idegenrendészeti státusza (nem magyar állampolgárság esetén):

- ☐ szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, vagy
- ☐ EU kék kártyával rendelkező, vagy
- ☐ bevándorolt/letelepedett, vagy
- ☐ menekült/oltalmazott/hontalan.

Kérelmezővel közös háztartásban élő hozzátartozók száma :fő

A közös háztartásban élő hozzátartozók adatai:

Név, születési név is	Hozzátartozói minőség	Születési hely, idő, TAJ	Anyja neve

A havi rendszeres gyógyszer költségének mértéke: Ft.*

* A háziorvos által kiállított, és a gyógyszertár által leigazolt társadalombiztosítási ellátásba befogadott havi rendszerességgel szedett gyógyszerek térítési díja

Jövedelmi adatok

A jövedelmek típusai	Kérelmező jövedelme	Közeli hozzátartozók jövedelme				Összesen
1./ Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó jövedelem						
2./ Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó jövedelem						
3./ Alkalmi munkavégzésből származó jövedelem						
4./ Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások						
5./ Táppénz, gyermekgondozási támogatások						
6./ Önkormányzat és munkáltatási szervek által folyósított pénzbeli ellátás						
7./ Egyéb jövedelem						
8./ Összes jövedelem						

Egy főre jutó havi családi nettó jövedelem: Ft/hó

Nyilatkozat:

Alulírott büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy egyedülállónak élek.

Alulírott büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy egyedül nevelem gyermeke(i)met.

Alulírott büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy nevű gyermeke(i)m után Ft. tartásdíjban részesülök / nem részesülök.

Alulírott büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy rendszeres jövedelemmel nem rendelkezem.

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a NYILATKOZAT-ban közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Tudomásul veszem, hogy a NYILATKOZAT-ban közölt adatok valódiságát a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 10. § (6)-(7) bekezdései alapján az önkormányzat jogosult ellenőrizni a költségek igazolásának alátámasztásul szolgáló dokumentumok bekérésével vagy az állami adóhatóság útján.

Alulírott, hozzájárulásomat adom, hogy a közigazgatási szerv személyes adataimat a feladat ellátás érdekében kezelje.

Kelt:

.....
kérelmező aláírása

I. A kérelmező személyes adatai

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

A háziiorvosi igazolás kiadására

☐ közgyógyellátásra való jogosultság megállapítása

☐ egyéni gyógyszerkeret felül vizsgálata

céljából kerül sor. (A megfelelő választ X-szel kell jelölni.)

II. Háziiorvosra (intézményi orvosra) vonatkozó adatok, a háziiorvos nyilatkozata

A háziiorvos neve:

Személy-specifikus orvosi bélyegzőjének száma:

Ágazati azonosító:

ÁNTSZ engedély száma:

Rendelő/munkahely neve, címe:

Telefonszáma:

Kijelentem, hogy az igazolásban feltüntetett gyógyító ellátásra vonatkozó szükséglet kizárólag a kérelmező személy orvosi dokumentációjában igazolt kezelése alapján került megállapításra.

Dátum:

P. H.

.....
háziiorvos aláírása

62

.....
gyógyszertár aláírása”