**4. melléklet**

***KÉRELEM
gyógyszerkiadáshoz nyújtott települési támogatás megállapítására***

***A kérelmező személyre vonatkozó adatok:***

Neve: ..................................................................................................................................................

Születési neve: ...................................................................................................................................

Anyja neve: ........................................................................................................................................

Születési helye, ideje (év, hó, nap): .................................................................................................

Lakóhelye: .........................................................................................................................................

Tartózkodási helye: ..........................................................................................................................

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: ...........................................................................................

Állampolgársága: ..............................................................................................................................

Telefonszám (nem kötelező megadni): ...........................................................................................

***A családra vonatkozó adatok***

A kérelmező családi körülménye:

□ egyedül élő,

 □ nem egyedül élő.

A kérelmező családjában élők száma : ........... fő.

A kérelmező családjában élők adatai:

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

***Nyilatkozatok***

Nyilatkozom, hogy havi rendszeres gyógyszerköltségem …………Ft,

Igazolt gyógyszereimet rendszeresen szedem / időszakosan szedem. (aláhúzandó)

Ha rendszeresen, ez tartósan, legalább 6 hónapig fennáll e: igen/nem (aláhúzandó)

A tárgyévben települési támogatásban **részesültem /** **nem** **részesültem** ( aláhúzandó)

Ha igen, ennek típusa:……………………………….. összege:……………………….

**Nyilatkozom, hogy sem az Szt. 50.§. (1), sem (2) bekezdése alapján közgyógyellátásra nem vagyok jogosult.**

**Nyilatkozom, hogy a kijelölt gyógyszertár számára az Önkormányzat felé történő gyógyszerköltségemre vonatkozó adatszolgáltatást engedélyezem.**

Támogatási kérelmemhez az alábbi igazolásokat csatolom:

1. háziorvosi igazolás a rendszeresen szedett gyógyszerekről gyógyszerkiadásokról
2. Kijelölt gyógyszertár igazolása a költségekről
3. jövedelem és vagyonnyilatkozat

|  |
| --- |
| **Alulírott igénylő aláírásommal tudomásul veszem, hogy nem nyújtható önkormányzati támogatás annak a személynek, aki a körülményeivel kapcsolatban valótlan adatot, tényt közöl. A jogosulatlanul és rosszhiszeműen felvett támogatás a mindenkori jegybanki alapkamat emelt összegével kell visszafizetni.** **Hozzájárulok a nyilatkozatban szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárásban történő felhasználásához, kezeléséhez.** |

Harkány, …………………………………………………………..

|  |  |
| --- | --- |
|  |  .................................................................. |
|   |  kérelmező aláírása |