

4. melléklet a 3/2020.(I.31.) önkormányzati rendelethez

**KÉRELEM GYÓGYSZERTÁMOGATÁS IRÁNT**

1. A kérelmező személyre vonatkozó adatok:

- 1.1. Neve: .....  
1.2. Születési neve: .....  
1.3. Anyja neve: .....  
1.4. Születési helye, ideje (év, hó, nap): .....  
1.5. Lakóhelye: .....  
1.6. Tartózkodási helye: .....  
1.7. Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....  
1.8. Állampolgársága: .....  
1.9. Telefonszám (nem kötelező megadni): .....  
1.10. A kérelmező idegenrendészeti státusza (nem magyar állampolgárság esetén):  
1.10.1.  szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, vagy  
1.10.2.  EU kék kártyával rendelkező, vagy  
1.10.3.  bevándorolt/letelepedett, vagy  
1.10.4.  menekült/oltalmazott/hontalan.

2. A megállapítás jogcíme és a jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok

Kérem a gyógyszer támogatás megállapítását, jövedelmi helyzetemre és a magas gyógyszerköltségemre tekintettel.

3. A család tagjaira vonatkozó adatok

3.1. A kérelmező családi állapota:

- 3.1.1.  egyedül élő,  
3.1.2.  nem egyedül élő.

3.2. A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók adatai

3.2.1. 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.						

### 3.3. A család tagjaira vonatkozó 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					

Az egy főre jutó jövedelem: ..... Ft/hó (**ügyintéző tölti ki!**)

#### 4. Nyilatkozatok

##### 4.1. Kijelentem, hogy

4.1.1.\* életvitelszerűen a lakóhelyemen / a tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzandó),

4.1.2. a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

4.2. 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.

4.3. Kijelentem, hogy az ellátásra való jogosultság feltételeit érintő lényeges tények, körülmények megváltozásáról 8 napon belül értesítem a JEGYZŐT.

#### **Kérem, a gyógyszer-támogatás összegét részemre**

- banki utalással
- postai laccímre
- házipénztárból történő személyes vagy meghatalmazott által történő felvétellel

kifizetni.

Fizetési számlaszám (ha a folyósítást fizetési számlaszámra kéri):

.....

A fizetési számlát vezető pénzintézet neve: .....

***Kérelmem teljesítése esetén fellebbezési jogomról***

(a megfelelő szövegrészt alá kell húzni)      **lemondok \* / nem mondok le \***

**Dunaföldvár, .....év.....hó .....nap**

.....  
**kérelmező aláírása**

.....  
**kérelmező házastársának/élettársának  
aláírása**