

6. melléklet a 4/2015. (II.25.) önkormányzati rendelethez:

KÉRELEM

gyógyszer-kiváltás települési támogatásának megállapítására

1. A kérelmező személyre vonatkozó adatok:

Neve:
Születési neve:
Anyja neve:
Születési helye, ideje (év, hó, nap):
Lakóhelye:
Tartózkodási helye:
Társadalombiztosítási Azonosító Jele (TAJ-szám):
Állampolgársága:
Telefonszám (nem kötelező megadni):
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.

2. A jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok

Kérem a gyógyszer-kiváltás települési támogatásának megállapítását jövedelmi helyzetemre és a magas gyógyszerköltségemre tekintettel.

(Ez esetben ki kell tölteni a 3. pontban szereplő, a közeli hozzátartozókra vonatkozó adatokat, valamint a jövedelemnyilatkozatot!)

3. A közeli hozzátartozókra és jövedelmükre vonatkozó adatok

3.1. A kérelmező családi körülménye:

- ☐ egyedül élő,
☐ nem egyedül élő.

3.2. 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.						

3.3. 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						

4. Nyilatkozatok

4.1. ☐ A gyógyszer-kiváltás települési támogatás kézbesítését lakcímemre postai úton kérem.

☐ A gyógyszer-kiváltás települési támogatás folyószámlámra történő utalását kérem, amelynek számlaszáma:.....

4.2. Kijelentem, hogy

a)* életvitelszerűen a lakóhelyemen/a tartózkodási helyemen élek
(a megfelelő rész aláhúzendó)

(* Ezt a nyilatkozatot csak abban az esetben kell megtenni, ha egyidejűleg bejelentett lakó- és tartózkodási hellyel is rendelkezik.),

b) a családomban élő közeli hozzátartozóként feltüntetett személyek életvitelszerűen az enyémmel megegyező lakcímen élnek,

d) a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

4.3. 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.

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

I. Nyilatkozat

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

Orosháza, (év) (hónap) (nap)

.....
kérelmező/törvényes képviselő

.....
kérelmező házastársa/élettársa

.....
a háztartás nagykorú tagjainak aláírásai

II. Nyilatkozat értesítés mellőzéséről

Alulírott nyilatkozom, hogy nem tartok igényt a közigazgatási hatósági eljárás és szolgáltatás általános szabályairól szóló 2004. évi CXL. törvény 29. § (9) bekezdés szerinti, ezen kérelmem alapján az eljárás megindításáról szóló értesítésre.

Orosháza, (év) (hónap) (nap)

.....
kérelmező/törvényes képviselő

III. Nyilatkozat

Alulírott nyilatkozom, hogy ezen kérelmem teljesítése esetén lemondok a közigazgatási hatósági eljárás és szolgáltatás általános szabályairól szóló 2004. évi CXL. törvény (a továbbiakban: Ket.) 98. § (1) bekezdésében biztosított fellebbezési jogomról a Ket. 99. § (2) bekezdése alapján.

Orosháza, (év) (hónap) (nap)

.....
kérelmező/törvényes képviselő

A kérelemhez mellékelni kell:

1. jövedelemnyilatkozatot alátámasztó jövedelemigazolásokat a háztartás valamennyi tagjára vonatkoztatva az előző hónap jövedelméről; nem havi rendszerességgel járó, fix jövedelem esetében az előző 12 hónap jövedelmének 1/12-ed részéről szóló igazolást,
2. házi orvosi igazolást a havi rendszeres gyógyszeres szükségletéről,
3. a járási hivatal jogerős, 3 hónapnál nem régebbi határozatát az alanyi és normatív közgyógyellátás iránti kérelem elutasításáról.