

## **KÉRELEM**

### **gyógyszer támogatás célú települési támogatás megállapítására**

#### **1. Személyes adatok:**

##### 1.1 A kérelmező személyére vonatkozó adatok:

1.1.1 Neve:

.....

1.1.2 Születési neve:

.....

1.1.3 Anyja neve:

.....

1.1.4 Születés helye, ideje:

..... Ideje: .....év .....hó .....nap.

1.1.5 Lakóhely:

.....

1.1.6 Tartózkodási hely:

.....

1.1.7 Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

.....

1.1.8 Állampolgársága:

.....

1.1.9 Bankszámlaszám *(akkor kell megadni, ha a folyósítást bankszámlaszámra kéri):*

.....

1.1.10 Folyószámlát vezető pénzintézet neve:

.....

1.1.11 Telefonszám *(nem kötelező megadni):*

.....

1.1.12 E-mail cím *(nem kötelező megadni):*

.....

##### 1.2 A kérelmező idegenrendészeti státusza (nem magyar állampolgárság esetén):

1.2.1  szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, vagy

1.2.2  EU kék kártyával rendelkező, vagy

1.2.3  bevándorolt/letelepedett, vagy

1.2.4  menekült/oltalmazott/hontalan.

1.3 Kérelmezővel közös háztartásban (azonos lakcímen) élők száma: ..... fő.

1.4 Kérelmező háztartásában élők személyi adatai:

	A	B	C	D
	Név (születési név)	Születés helye, ideje (év, hó, nap)	Anyja neve	Társadalombiztosítási Azonosító Jele
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

**2. Jövedelmi adatok**

A kérelmező, valamint a vele közös háztartásban élő személyeknek a havi jövedelme forintban:

	A	B	C
	A jövedelem típusa	Kérelmező	A kérelmezővel közös háztartásban élő további személyek
1	Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó: ebből közfoglalkoztatásból származó:		
2	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői tevékenységből származó		
3	Táppénz, gyermekgondozási támogatások		
4	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások		
5	Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások		
6	Egyéb jövedelem		
7	Összes jövedelem:		

**Megjegyzés:** A kérelemhez mellékelni kell a jövedelemnyilatkozatban feltüntetett jövedelmek valóságának igazolására szolgáló iratokat, kivéve a családi pótlék és a gyermekgondozási segély (GYES) igazolását, amennyiben azt nem a munkáltatói kifizetőhely folyósítja, valamint a gyermeknevelési támogatás (GYET) és a fogyatékosági támogatás (FOT) igazolást.

### 3. Nyilatkozatok

3.1. Egyéni gyógyszerkeret megállapításához a háziorvos által kiállított gyógyszerlistát tartalmazó zárt borítékot csatoltam.

3.2. Felelősségem tudatában kijelentem, hogy

- a) életvitelszerűen a lakóhelyemen / a tartózkodási helyemen élek\* (a megfelelő rész aláhúzendó),
- b) közgyógyellátási igazolványra nem vagyok jogosult,
- c) egyszeri támogatás igénylése esetén a felírt gyógyszerkiadásom vagy a gyógyászati segédeszközöm beszerzésének költségét önerőből biztosítani nem tudom,
- d) a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Tudomásul veszem, hogy az egyszeri támogatás felhasználásáról a támogatás kifizetését követő 10 napon belül köteles vagyok a kiváltott gyógyszerről, vagy a gyógyászati segédeszközről szóló számlát bemutatni a Közös Önkormányzati Hivatalban.

Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt jövedelmi adatok valóságát a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 10. § (7) bekezdése alapján a szociális hatáskört gyakorló szerv - a Nemzeti Adó- és Vámhivatala hatáskörrel és illetékességgel rendelkező adóigazgatósága útján – ellenőrizheti.

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

Kelt: ....., .....év .....hónap .....nap.

.....  
kérelmező aláírása

.....  
háztartás nagykorú tagjának aláírása