



## K É R E L E M

### Rendszeres gyógyszerkiadás viseléséhez nyújtott települési támogatás megállapításához

#### **I.1./ Kérelmező adatai:**

Kérelmező neve:.....

Leánykori neve: .....

Születési helye, ideje: .....

Anyja neve: .....

Kérelmező TAJ száma: .....

Lakóhelye:.....(település, utca, házszám, em, ajtó)

Tartózkodási helye (ha nem azonos a lakcímével): .....

#### **I.2./ Családi állapota:** (a megfelelő rész aláhúzendó)

- egyedülálló (hajadon, nőtlen)
- házastársával/élettársával/bejegyzett élettársával lakik együtt
- házastársától külön élő
- elvált
- özvegy

#### **I.3./ A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók adatai:**

Az igénylővel egy háztartásban/családban élő személyek/közeli hozzátartozók adatai:

<u>Név</u>	<u>Születési helye, ideje</u>	<u>Anyja neve</u>	<u>TAJ száma</u>	<u>Rokoni kapcsolat</u>

## **II. Jövedelmi adatok**

A kérelmező, valamint házastársa (élettársa) és a velük egy háztartásban élő gyermekeik havi jövedelme, forintban:

	A A jövedelem típusa	B Kérelmező	C Házastárs, élettárs	D Gyermekek			
1	Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó ebből: közfoglalkoztatásból származó						
2	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló 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						
	Összes jövedelem						

## **III. Közgyógyellátásban**

- részesülök
- nem részesülök

(a megfelelő rész aláhúzendó)

## **IV. Egyéb nyilatkozatok:**

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

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

Büntetőjogi felelősségem teljes tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek.

Tudomásul veszem, hogy valótlan adatközlés esetén a támogatás megszüntetésre kerül, a jogosulatlanul és rosszhiszeműen igénybe vett támogatást a folyósító szerv kamattal megemelt összegben visszaköveteli.

Kocsord, ..... év ..... hó ..... nap

.....

kérelmező aláírása

**Háziorvosi igazolás**

**Rendszeres gyógyszerkiadás viseléséhez nyújtott települési támogatás megállapításához**

**I.1./ Kérelmező adatai:**

Kérelmező neve:.....

Leánykori neve: .....

Születési helye, ideje: .....

Anyja neve: .....

Kérelmező TAJ száma: .....

Lakóhelye:.....(település, utca, házszám, em, ajtó)

Tartózkodási helye (ha nem azonos a lakcímével): .....

**II. A kérelmező tartós betegségére tekintettel havi rendszerességgel rendelt gyógyszerek felsorolása:**

GYÓGYSZEREK MEGNEVEZÉSE	MENNYISÉG

Kelt: Kocsord, .....

P.H.

.....

házi orvos aláírása

G y ó g y s z e r t á r   i g a z o l á s a

**Rendszeres gyógyszerkiadás viseléséhez nyújtott települési támogatás megállapításához**

Kérelmező adatai:

Név: .....

Lakóhelye: .....

TAJ száma: .....

**Igazoljuk, hogy fent nevezett betegnek a mellékelt háziiorvosi igazoláson szereplő havi rendszeres gyógyszerek térítési díja:**

..... Ft, azaz ..... Forint

Kelt: .....

P.H.

.....  
aláírás a gyógyszertár részéről