

**KÉRELEM TELEPÜLÉSI TÁMOGATÁS
megállapítására**

GYÓGYSZERTÁMOGATÁS JOGCÍMEN

1.1. A kérelmező adatai:

1.1.1. Neve:

1.1.2. Születési neve:

1.1.3. Anyja neve:

1.1.4. Születési hely, év, hó, nap:

1.1.5. Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

1.1.6. Állampolgársága:

1.1.7. Lakóhelye:

1.1.8. Tartózkodási hely:

**Kijelentem, hogy életvitelszerűen: *a lakóhelyemen vagy a tartózkodási helyemen élek.*
(a megfelelő aláhúzendő)**

1.1.9. Telefonszám (nem kötelező megadni):

1.1.10. Fizetési számlaszám (akkor kell megadni, ha a folyósítást bankszámlára kéri.):
.....

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

1.2. A kérelmező családi állapota:

1.2.1. egyedülálló (hajadon, nőtlen, özvegy, elvált vagy házastársától külön él, kivéve,
ha élettársa van)

1.2.2. házastársával/élettársával él együtt

1.2.3. egyedülélő

Nyilatkozom, hogy közgyógyellátási igazolvánnyal rendelkezem: IGEN NEM

A támogatást rendszeresen szedett gyógyszereimre tekintettel kérem:

A támogatást gyógyászati segédeszköz beszerzéséhez kérem:

2. A kérelem benyújtásának időpontjában a települési támogatást kérő családjában lakók adatai:

Név	Születési hely, év, hó, nap	Anyja neve	Rokoni kapcsolat	TAJ száma	Gyermek esetén oktatási intézmény

család: egy lakásban, vagy személyes gondoskodást nyújtó bentlakásos szociális, gyermekvédelmi intézményben együtt lakó, ott bejelentett lakóhellyel vagy tartózkodási hellyel rendelkező közeli hozzátartozók közössége;

közeli hozzátartozó:

- a házastárs, az élettárs,
- a húszévesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező; a huszonhárom évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, nappali oktatás munkarendje szerint tanulmányokat folytató; a huszonöt évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, felsőoktatási intézmény nappali tagozatán tanulmányokat folytató vér szerinti, örökbe fogadott, illetve nevelt gyermek,
- korhatárra való tekintet nélkül a tartósan beteg, az autista, illetve a testi, érzékszervi, értelmi vagy beszéd fogyatékos vér szerinti, örökbe fogadott, illetve nevelt gyermek, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt (a továbbiakban: fogyatékos gyermek),
- a 18. életévét be nem töltött gyermek vonatkozásában a vér szerinti és az örökbe fogadó szülő, illetve a szülő házastársa vagy élettársa;

egyedülélő: az a személy, aki egyszemélyes háztartásban lakik;

3. Jövedelmi adatok

A közigazgatási hatósági eljárás és szolgáltatás általános szabályairól szóló 2004. évi CXL. törvény (továbbiakban: törvény) 6.§ (1) bekezdése értelmében, az ügyfél a közigazgatási hatósági eljárásban köteles jóhiszeműen eljárni. **Magatartása nem irányulhat a hatóság megfélemlítésére, vagy a döntéshozatal illetve a végrehajtás indokolatlan késleltetésére. A rosszhiszemű ügyfelet a hatóság eljárási bírsággal sújthatja, és a többletköltségek megfizetésére kötelezheti.** A törvény 51. § (5) bekezdése értelmében az ügyfél vagy képviselője, ha más tudomása ellenére az ügy szempontjából jelentős valótlan tény állít, illetve kötelező adatszolgáltatás körében adatszolgáltatási kötelezettségét nem teljesíti, az ügy eldöntése szempontjából jelentős tény elhallgat, vagy valótlan adatot szolgáltat, eljárási bírsággal sújtható.

A kérelmező és vele egy családban élő közeli hozzátartozók havi jövedelme:

	A jövedelem típusa	Kérelmező	Házastársa (élettársa)	Gyermekek Havi jövedelme Forint			
1.	Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó jövedelem ebből: közfoglalkoztatásból származó						
2.	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó jövedelm						
3.	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű ellátások						
4.	A gyermek ellátásához és gondozásához kapcsolódó támogatások (GYED, GYES, GYET, családi pótlék, iskoláztatási támogatás, gyermektartásdíj stb.)						
5.	Munkaügyi szervek által folyósított rendszeres pénzbeli ellátás.						
6.	Önkormányzat és járási hivatal által folyósított rendszeres pénzbeli ellátás (FHT, RSZS, ápolási díj stb.)						
7.	Egyéb (pl. ösztöndíj, földbérbeadásából származóm ingatlan- és ingó vagyontárgyak értékesítéséből származó jövedelem						
	Összes jövedelem						

Az egy főre jutó havi nettó jövedelem (ügyintéző tölti ki):Ft/hó

4. A támogatás igénylésének indoka:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Egyéb nyilatkozatok:

Felelősségem tudatában kijelentem, hogy a kérelemben közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

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

Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt jövedelmi adatok valódiságát 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.

Tudomásul veszem, hogy a jogosulatlanul és rosszhiszeműen igénybevett támogatást a folyósító szerv kamattal megemelt összegben visszakövetelheti.

.....,20.....év.....hó.....nap

.....
Kérelmező aláírása

A kérelemhez minden esetben mellékelni kell:

- A családban élők jövedelem igazolását, a kérelem benyújtását **megelőző hónap nettó jövedelméről.**
- Alkalmi munkavégzés esetén az abból származó 12 havi jövedelemről tett nyilatkozatot.
- Vállalkozó és őstermelő esetén a kérelem benyújtásának hónapját közvetlenül megelőző 12 hónap alatt szerzett jövedelemigazolás, NAV által kiállított jövedelem igazolás a kérelem benyújtását megelőző év jövedelméről, valamint a nem lezárt adóévre eső jövedelemről kiállított igazolás. Őstermelő esetén csatolni kell: az őstermelői igazolványt, agrárkamara igazolást az adóévi bevételről, továbbá igazolást a részére folyósított támogatásokról.
- A háziorvos/szakorvos igazolását és a gyógyszerértékesítő által kiállított gyógyszerköltségről szóló igazolást.
- Gyógyászati segédeszköz beszerzéséhez igényelt támogatás esetén egy hónapnál nem régebbi szakorvosi igazolást, valamint a termék forgalmazójának igazolását a fizetendő térítési díjról.

Orvosi igazolás

települési gyógyszer támogatás megállapításához

A jogosult neve:

Születési hely, idő:

TAJ szám:

Igazolom, hogy nevezett betegségre tekintettel

- rendszeres vagy
- időszakos, meghatározott ideig (időszak: 1-hónapig)

gyógyszerfogyasztó.

Kelt:év.....hó.....nap

.....
házi orvos/szakorvos aláírása

PH

Gyógyszertár igazolása

Települési gyógyszertámogatás megállapításához

Kérelmező tölti ki:

A jogosult neve:

Születési hely, idő:

TAJ szám:

Gyógyszertár tölti ki:

Nevezett közgyógyellátási igazolvánnyal rendelkezik: igen nem

A felírt gyógyszer közgyógyellátás keretében kiváltható:

igen nem

Nevezett részére felírt gyógyszer HAVI igazolt költsége :Ft

Kelt:év.....hó.....nap

.....
aláírás

PH