

## KÉRELEM

### Gyógyszerkiadások, gyógyító ellátások viseléséhez nyújtandó támogatás megállapítására

#### **1. Személyi adatok**

A kérelmező személyre vonatkozó adatok:

Neve:.....  
Születési neve.....  
Anyja neve.....  
Születés helye, ideje (év, hó, nap).....  
Lakóhelye:     irányítószám ..... település  
.....utca/út/tér stb..... házsám ..... épület..... emelet, ajtó  
Tartózkodási helye:     irányítószám.....  
település .....utca/út/tér ..... házsám ..... épület/lépcsőház  
.....emelet, ajtó  
Társadalombiztosítási Azonosító Jele:   
Állampolgársága.....  
Telefonszám (nem kötelező megadni).....  
E-mail cím (nem kötelező megadni).....  
Fizetési számlaszám:.....  
A fizetési számlát vezető pénzintézet neve:.....

#### **2. Kérelmező családjában élők személyi adatai:**

(Pótlapon folytatható.)

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

### **3. Jövedelmi adatok**

A kérelmező, valamint a családjában élő személyek havi jövedelme forintban:

	A	B	C				
	A jövedelem típusa	Kérelmező	A kérelmező családjában élő további személyek				
1.	Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó ebből: közfoglalkoztatásból származó		1	2	3	4	5
2.	Társas és egyéni vállalkozásból, östermelői, 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						
7.	Összes jövedelem						

A családjában élők egy főre jutó havi jövedelme ..... Ft. Az elbírálható szerv állapítja meg a jövedelmi adatok alapján az egy főre jutó jövedelmet.

A jövedelem igazolásra becsatolt igazolások száma ..... db.

### **4. A kérelemhez csatolandó további kötelező mellékletek, adatok:**

a) háziorvosi igazolás a 63/2006.(III.27.) Korm.rend. 10.sz.melléklete szerint.

b) a háziorvosi igazolás alapján a gyógyszerár által kiállított igazolás

c) a járási hivatal legfeljebb három hónapon belüli közgyógyellátást elutasító határozata

Számlaszámom:.....

### **5. Nyilatkozatok**

Anyagi és büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy

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

b) a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt jövedelmi adatok valódiságát a szociális ellátások helyi szabályozásáról szóló .../2015.(...) önkormányzati rendelet 6.§-a alapján ellenőrizheti a kérelmet elbíráló szerv.

Kérelemnek helyt adó határozat esetén fellebbezési jogomról lemondok.

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

Nyilatkozom arról, hogy a közigazgatási hatósági eljárás és szolgáltatás általános szabályairól szóló 2004. évi CXL törvény 29.§.(9) bekezdése szerinti értesítést nem kérem.

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

Dunapataj, .....év.....hónap.....nap.

.....  
kérelmező aláírása