



Szécsény Város Önkormányzata

3170 Szécsény, Rákóczi út 84. Tel: 32/370-199, Fax: 06/32-371-849 E-mail: hato.szecsény@globonet.hu

KÉRELEM **gyógyszertámogatás megállapítására**

1. A kérelmező személyre vonatkozó adatok:

1.1. Neve:

1.2. Születési neve:

1.3. Anyja neve:

1.4. Születési helye, ideje (év, hó, nap):

1.5. Lakóhelye:

1.6. Tartózkodási helye:

1.7. Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

1.8. Állampolgársága:

1.9. Telefonszám (nem kötelező megadni):

1.10. A kérelmező idegenrendészeti státusza (nem magyar állampolgárság esetén):

1.10.1. szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, vagy

1.10.2. EU kék kártyával rendelkező, vagy

1.10.3. bevándorolt/letelepedett, vagy

1.10.4. menekült/oltalmazott/hontalan.

2. A közeli hozzátartozókra és jövedelmükre vonatkozó adatok

2.1. A kérelmező családi körülménye:

2.1.1. egyedülálló

2.1.2. nem egyedülálló

2.2. A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók adatai

2.2.1. A kérelmező családjában, a kérelmezővel azonos lakcímen élő közeli hozzátartozók száma:.....fő.

A	B	C	D	E
Közeli hozzátartozó neve (születési neve)	Anyja neve	Születési helye, év, hónap, nap	TAJ	Családi kapcsolat megnevezése
1.				
2.				
3.				
4.				

* Ebben az oszlopban kell feltüntetni, ha

- a) a 20 évesnél fiatalabb gyermek nem jár oktatási intézménybe, de önálló keresettel még nem rendelkezik,
- b) életkortól függetlenül a gyermek tartós betegségének vagy fogyatékoságának fennállását, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt.

3. Jövedelmi adatok

A kérelmező, valamint a családban élő közeli hozzátartozóinak a havi jövedelme forintban:

A	B	C				
A jövedelem típusa	Kérelmező	A családban élő közeli hozzátartozók				
1. Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó ebből: közfoglalkoztatásból származó:						
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						

Egy főre jutó havi családi nettó jövedelem (ügyintéző tölti ki!): Ft/hó.

4. Nyilatkozatok

4.1. Kijelentem, hogy

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

4.1.2. a családban élő közeli hozzátartozóként feltüntetett személyek életvitelszerűen az enyémmel megegyező lakcímen élnek,

4.1.3. a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

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

4.2. 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.

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

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

4.5. Nyilatkozom, hogy a gyógyszer-támogatás megállapítására vonatkozó kérelmem pozitív elbírálása esetén fellebbezési jogomról lemondok.

4.6. Nyilatkozom arról, hogy a részemre megállapított összeget a következő módon fizessék ki:

Bankszámlára utalás:

|||

|||

postai utalás

Kelt:

kérelmező aláírása

...kérelmező házastársának/élettársának
aláírása

IGAZOLÁS
A BIZTOSÍTOTT HAVI GYÓGYSZERKÖLTSEÉGÉRŐL

Kérelmező neve:.....

Születési neve:

Születési helye, ideje:

Anyja neve:

Lakcíme:

TAJ száma:.....

A Biztosított rendszeresen szedett havi gyógyszerei:

Gyógyszer neve:

**A Biztosított által fizetendő
térítési díj:**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Javasolt, de a társadalombiztosítás által nem támogatott gyógyszerek, gyógyhatású készítmények:

.....
.....
.....

Összesen: _____ Ft

A kezelőorvos egyéb észrevétele, közlendője, javaslata gyógyhatású készítményekre:

.....
.....
.....

Kelt:,.....évhónap nap

.....

Kezelő orvos aláírása, bélyegző lenyomata