KÉRELEM
Gyógyszer és gyógyászati segédeszköz települési támogatás megállapításához

I. Személyi adatok

A kérelmező személyére vonatkozó adatok:

Neve:.....Születési neve:……

Anyja neve: .....

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

Bejelentett lakóhelye: .....

Bejelentett tartózkodási helye: .....

Tényleges tartózkodási helye:…….

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:.....

Állampolgársága: magyar, vagy…….; külföldi állampolgár esetén Magyarországon való tartózkodás jogcíme: bevándorolt, letelepedett, menekült, oltalmazott, hontalan (megfelelő rész aláhúzandó)

Telefonszám (nem kötelező megadni):.....

E-mail cím .....

Munkahely és a foglalkozás megnevezése: …….....

Pénzintézeti számlaszámom: …….

(Megadása nem kötelező. Akkor szükséges, ha a támogatás folyószámlára történő utalását kéri.)

Családi állapota: hajadon, nőtlen, házas, bejegyzett élettárs, élettárs, özvegy, özvegy bejegyzett élettárs elvált, elvált bejegyzett élettárs (megfelelő rész aláhúzandó)

A kérelmezővel együtt lakó, ott bejelentett lakó-, vagy tartózkodási hellyel rendelkezők száma összesen: ..... fő

A kérelmezővel együtt lakó, ott bejelentett lakó-, vagy tartózkodási hellyel rendelkező személyekre vonatkozó adatok:

	Neve **Rokonsági foka**	**Születési helye, ideje**	**Anyja neve**	**Társadalombiztosítási azonosító jele**
1.				
2.				
3.				
4.				

5.				

II.Jövedelmi adatok

A kérelmező, valamint a vele közös háztartásban élő személyek 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, 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						

III. Nyilatkozat az igényelt települési támogatásról:

- **Gyógyszer és gyógyászati segédeszköz települési támogatás megállapítását kérem az alábbi indok alapján:**

……

……...

……

……

……

……...

IV. Nyilatkozatok

Tudomásul veszem, hogy

- a szociális hatáskört gyakorló szerv - az állami adóhatóság útján - ellenőrizheti a kérelemben közölt jövedelmi adatok valódiságát, az 1993. évi III. törvény 10. § (7) bekezdése alapján.

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

Tudomásul veszem, hogy valótlan adatközlés esetén az eljárás megszüntetésre kerül, és a jogosulatlanul rosszhiszeműen igénybe vett ellátás visszafizetésére kötelezetté válok.

Kérelmem pozitív elbírálása esetén fellebbezési jogomról lemondok.

Kelt: ..... év ..... hó ..... nap

.....

kérelmező aláírása

Tájékoztató!

A kérelemhez csatolni kell:

- a kérelmező, illetve közös háztartásban élő családtagok jövedelem igazolását.
- a gyógyszerek költségét tartalmazó gyógyszertári igazolást,
- orvosi igazolást, melyből megállapítható, hogy az igénylő közgyógyellátási igazolvánnyal nem rendelkezik,
- a gyógyászati segédeszköz költségéről szóló igazolást és az előleg befizetését igazoló bizonylatot
- a gyógyászati segédeszköz szükségességét igazoló szakorvosi igazolást.