

KÉRELEM

Települési támogatás gyógyszerkiadások viseléséhez

KÉRJÜK, SZÍVESKEDJEN NYOMTATOTT BETŰKKEL KITÖLTENI!

A támogatást kérő neve: _____

Születési neve: _____

Anyja neve: _____

Születési helye, ideje: _____

TAJ száma: _____

Családi állapota: házas, hajadon, nőtlen, elvált, özvegy, élettárs (Aláhúzással jelölje!)

Lakáscíme: _____

Tartózkodási helye: _____

(Aláhúzással jelölje hová kéri a támogatást!)

Lakcímbejelentés dátuma: _____

Bankszámlaszám: (akkor kell megadni, ha a kifizetést bankszámlára kéri)

□□□□□□□□ - □□□□□□□□ - □□□□□□□□

A folyószámlát vezető pénzintézet megnevezése _____

Telefonszám: _____

Kérelmező családtagjainak személyi adatai:

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

T Á J É K O Z T A T Ó

A következő oldalon lévő orvosi javaslatot a háziorvosával/kezelőorvosával szíveskedjék kitölteni

vagy a rendszeresen szedett gyógyszerekre,

vagy az eseti jelleggel szükséges gyógyszerekre,

vagy gyógyászati segédeszközre, majd a gyógyszerértékben a gyógyszerköltségeket igazoltatni! Illetve a gyógyászati segédeszköz esetén az árajánlatot/számlát csatolni szíveskedjen!

A KÉRELEMHEZ CSATOLNI KELL

- Az egyén vagy a család tagjainak a kérelem benyújtását megelőző havi nettó jövedelméről szóló igazolása (munkavállaló esetén a munkáltató által igazolt nettó munkabér, vállalkozó esetén a NAV által kiállított igazolás az előző évről
- Nyugdíj, árvajáradék esetén: nyugdíjösszesítő, aktuális folyószámla kivonat, vagy postai szelvény
- munkanélküli esetén a Munkaügyi Központ igazolása arról, hogy regisztrált álláskereső

Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt adatok valódiságát az önkormányzat a NAV útján ellenőrizheti.

..... 20_____

a támogatást kérő aláírása

ORVOSI JAVASLAT

A beteg neve: _____

Anyja neve: _____

Lakcíme: _____

Betegségei latin nyelvű diagnózisának megnevezése:

_____**KÉRJÜK, AZ ALÁBBIAK KÖZÜL EGYET JELÖLJÖN MEG!** Betegségeinek kezelésére *tartósan, és rendszeresen* (várhatóan 6 hónapig, vagy 6 hónapnál hosszabb ideig kell folyamatosan szednie) alkalmazandó gyógyszerek megnevezése:_____

_____ Betegségeinek kezelésére *eseti jelleggel* (várhatóan 6 hónapnál rövidebb ideig kell szednie) alkalmazandó gyógyszerek megnevezése:_____

_____ Gyógyászati segédeszköz megnevezése: _____

Tatabánya, 20_____

PH.

orvos aláírása**IGAZOLÁS A GYÓGYSZERKÖLTSÉGEKRŐL (A gyógyszerár tártölti ki!)**

A beteg neve: _____

Lakcíme: _____

TAJ száma _____

Igazolom, hogy nevezett **havi rendszeres gyógyszerköltsége** az orvosi javaslatban szereplők szerint havi _____ Ft.Igazolom, hogy nevezett **eseti gyógyszerköltsége** az orvosi javaslatban szereplők szerint Ft.

Ezt az igazolást nevezett kérelmére gyógyszerátamogatás iránti jogosultságának elbírálásához adtam ki.

....., 20_____

PH.

gyógyszertár aláírása

Az alábbi táblázatot az ügyintéző tölti ki!

A támogatást kérővel közös háztartásban élő családtagok száma _____

A jövedelem típusa	A kérelmező jövedelme	Házastárs (élettárs) jövedelme	Gyermek jövedelme
Munkaviszonyból, munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyból származó nettó jövedelem és táppénz, Nyugdíj, nyugdíjszerű ellátás			
Vállalkozásból származó nettó jövedelem			
A gyermek ellátásához és gondozásához kapcsolódó támogatások (különösen: GYED, GYES, GYET, családi pótlék, gyermektartásdíj, árvaellátás)			
Önkormányzat és állami foglalkoztatási szerv által folyósított rendszeres pénzbeli ellátás (álláskeresési járadék, rendszeres szociális segély, bérpótló juttatás stb.)			
Egyéb nettó jövedelem (alkalmi munka)			
Összes nettó jövedelem			

Egy főre jutó havi családi nettó jövedelem a kérelem benyújtását megelőző hónapban:
Ft/fő