*3. melléklet a …/2015.(III…) a helyi szociális ellátásokról szóló rendelethez*

***KÉRELEM  
a gyógyszertámogatás célú települési támogatás megállapítására***

***1. A kérelmező személyre vonatkozó adatok:***

Neve: ..................................................................................................................................

Születési neve: ...................................................................................................................

Anyja neve: ........................................................................................................................

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

Lakóhelye: .........................................................................................................................

Tartózkodási helye: ...........................................................................................................

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: ..............................................................................

Állampolgársága: ..............................................................................................................

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

A kérelmező idegenrendészeti státusza (nem magyar állampolgárság esetén):

□ szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, vagy

□ EU kék kártyával rendelkező, vagy

□ bevándorolt/letelepedett, vagy

□ menekült/oltalmazott/hontalan.

***2.. A közeli hozzátartozókra és jövedelmükre vonatkozó adatok***

A kérelmező családi körülménye:

□ egyedül élő,

□ nem egyedül élő.

A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók adatai

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | A | B | C | D | E | F |
|  | Közeli hozzátartozó neve  (születési neve) | Anyja neve | Születési helye, ideje  (év, hó, nap) | TAJ | Családi kapcsolat megnevezése | Megjegyzés |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |
| \* Ebben az oszlopban kell feltüntetni, ha - a 20 évesnél fiatalabb gyermek nem jár oktatási intézménybe, de önálló keresettel még nem rendelkezik, - életkortól függetlenül a gyermek tartós betegségének vagy fogyatékosságának 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 | | | | |
| 1. | A jövedelem típusa | Kérelmező | A családban élő közeli hozzátartozók | | | | |
| 2. | Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Táppénz, gyermekgondozási támogatások |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások |  |  |  |  |  |  |
| 7. | Egyéb jövedelem |  |  |  |  |  |  |
| 8. | Összes jövedelem |  |  |  |  |  |  |

***4. Nyilatkozatok***

Kijelentem, hogy

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

- a családomban élő közeli hozzátartozóként feltüntetett személyek életvitelszerűen az enyémmel megegyező lakcímen élnek,

a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

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

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.

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

Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához, továbbá ahhoz, hogy az általam szedett gyógyszereket az eljáró szerv megismerje.

Kelt: ..............................................., .........................................

|  |  |
| --- | --- |
| ................................................................... | .......................................................................... |

|  |  |
| --- | --- |
| kérelmező aláírása | kérelmező házastársának/élettársának  aláírása |

**IGAZOLÁS**

gyógyszertámogatás célú települési támogatás megállapításához

Igazolom, hogy

Neve: ……………………………………………………………………………….

Születési neve: ……………………………………………………………………...

Anyja neve: ………………………………………………………………………...

Születési hely, év, hó nap:…………………………………………………………..

Lakóhely: …………………………………………………………………………...

Tartózkodási hely: ………………………………………………………………….

Társadalombiztosítási Azonosító Jel: ………………………………………………

I.

Krónikus betegség esetén a havi rendszeres gyógyszerköltsége ……………………………….. Ft

Gyógyászati segédeszközök bekerülés költsége …………………………….….Ft

II.

Akut betegség esetén az eseti gyógyszerköltsége ……………………..………..Ft

Dátum: ………………………………………..

………………………………………….

háziorvos / kezelőorvos / gyógyszerész aláírása

\* I. vagy II. rész töltendő ki.