

2. melléklet a 6/2023. (III. 01.) önkormányzati rendelethez

RENDSZERES GYÓGYSZERTÁMOGATÁS IRÁNTI KÉRELEM

I.

1. A kérelmező személyre vonatkozó adatok:

Neve: _____

Születési neve: _____

Anyja neve: _____

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

Lakóhelye: _____

Tartózkodási helye: _____

Társadalombiztosítási Azonosító Jele (TAJ száma): _____

Állampolgársága: _____

Telefonszám: _____

2. A kérelmező családi körülménye

egyedülélő

nem egyedülélő

3. 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	G
	Közeli hozzátartozó neve (születési neve)	Anyja neve	Születési helye, ideje (év, hó, nap)	Társadalombiztosítási Azonosító Jele	Családi kapcsolat megnevezése	Közeli hozzátartozó születési ideje	Megjegyzés*
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							

* 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 fogyatékosságának fennállását, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt.

4. 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					

5. Közgyógyellátásban

- részesülök
 - nem részesülök
- (a megfelelő rész aláhúzendó)

6. Büntetőjogi felelősségem tudatában **kijelentem**, hogy a fentiek a valóságnak megfelelnek. **Kijelentem** továbbá, hogy életvitelszerűen

- a lakóhelyemen, vagy
- a tartózkodási helyemen élek (**a megfelelő rész aláhúzendó!**), és

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

7. **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.

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

Tudomásul veszem, hogy a kérelmemre indult eljárás lefolytatásához szükséges személyes adataimat a hatóság az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény alapján kezeli.

9. **Hozzájárulok** a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához, továbbá a rendszeres gyógyszer-támogatás nyilvántartásban szereplő adatoknak a rendszeres gyógyszer-támogatás információs rendszerében történő felhasználásához.

10. Kedvező elbírálás esetén a rendszeres gyógyszer-támogatást:

- átutalással számlaszám: _____
 - házipénztárból kérem
- (megfelelő rész aláhúzendó!)

Kelt:

.....
kérelmező aláírása

.....
kérelmező házastársának/élettársának aláírása

Kérelemhez mellékelni szíveskedjék:

- Jövedelemigazolás
- A gyógyszer-tár igazolása a házi orvos által felsorolt havi rendszeres gyógyszer-szükséglet összegéről

II.

**Háziorvosi igazolás
/ rendszeres gyógyszertámogatás megállapításához/**

I. A kérelmező személyi adatai

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

II. A kérelmező tartós betegségére tekintettel havi rendszerességgel rendelt gyógyszerek felsorolása:

GYÓGYSZEREK FELSOROLÁSA	ÖSSZEG
	összesen:

Szigethalom, 20..... év hó nap

PH

.....
házi orvos aláírása

III.
Gyógyszertár igazolása
/rendszeres gyógyszertámogatás megállapításához/

Kérelmező adatai:

Neve:

Lakóhelye:

TAJ száma:

Igazoljuk, hogy fent nevezett betegnek a mellékelt háziorvosi igazoláson szereplő havi rendszeres gyógyszerek térítési díja:

.....Ft, azaz forint.

Szigethalom, 20..... év hó..... nap

PH

.....

aláírás a gyógyszertár részéről