

Decsi Polgármesteri Hivatal
7144 Decs, Fő u. 23.
Tel: 74/595- 911

Ügyfélfogadási idő: Hétfő, kedd: 8,00 – 14,00 óráig
Csütörtök: 8,00 – 16,00 óráig

Iktatóbélyegző helye:

KÉRELEM

Települési gyógyszer támogatás megállapítására

I. Az igénylő adatai

Név: **születési név:**

Születési hely:..... **Születési idő:**

anyja leánykori neve:.....

TAJ SZÁM:

Adószám:.....

Lakóhely:település..... utca/út/tér

hátszám épület/lépcsőház/emelet, ajtó

Tartózkodási hely: település.....

utca/út/tér hátszám épület/lépcsőház/emelet, ajtó

Telefonszám (nem kötelező megadni):

E-mail cím (nem kötelező megadni):

Családi állapota:

Házas: Élettárs: Özvegy:

Hajadon: Nőtlen: Elvált: Különélő:

A kérelmező idegenrendészeti státusza: (nem magyar állampolgár esetén)

- szabad mozgás és tartózkodási jogával rendelkező, vagy
- EU kék kártyával rendelkező, vagy
- bevándorolt / letelepedett, vagy
- menekült / oltalmazott / hontalan

A kérelmezővel közös háztartásban (azonos lakcímen) élők száma: fő

II. A kérelem benyújtásának időpontjában a települési gyógyszertámogatást kérővel közös háztartásban élő közeli hozzátartozók, a kérelmező családjában lakók adatai

Név Ha eltérő, születési név is)	Anyja neve	Születési helye, ideje	Társadalombizto sítási Azonosító Jele (TAJ SZÁM)	Rokoni fok

család: egy lakásban, vagy személyes gondoskodást nyújtó bentlakásos szociális, gyermekvédelmi intézményben együtt lakó, ott bejelentett lakóhellyel vagy tartózkodási hellyel rendelkező közeli hozzátartozók közössége:

Közeli hozzátartozó:

a) *közeli hozzátartozó:*

aa) a házastárs, az élettárs,

ab) a húszévesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező; a huszonhárom évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, nappali oktatás munkarendje szerint tanulmányokat folytató; a huszonöt évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, felsőoktatási intézmény nappali tagozatán tanulmányokat folytató vér szerinti gyermek, örökbe fogadott gyermek, mostohagyermek és a Ptk. szerinti gyermekvédelmi nevelőszülő által e jogviszonya keretében nevelt gyermek kivételével a nevelt gyermek (a továbbiakban: nevelt gyermek),

ac) korhatárra való tekintet nélkül a tartósan beteg, az autista, illetve a testi, érzékszervi, értelmi vagy beszéd fogyatékos vér szerinti, örökbe fogadott, mostoha-, illetve nevelt gyermek, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt (a továbbiakban: fogyatékos gyermek),

ad) a 18. életévét be nem töltött gyermek vonatkozásában a vér szerinti és az örökbe fogadó szülő, a szülő házastársa vagy élettársa, valamint a ab) vagy ac) alpontban meghatározott feltételeknek megfelelő testvér;

III. Jövedelmi adatok

A kérelmező, valamint a vele közös háztartásban élő személyeknek a 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						
8.	Föld és más bérbeadásból származó jövedelem						
9.	Egyéb (pl.: ösztöndíj)						
10.	Összes jövedelem						

(A kérelemhez mellékelni kell a jövedelmi adatok táblázat 1-9 pontjában feltüntetett jövedelmek valódiságát igazoló iratokat, melyek 30 napnál régebbiek nem lehetnek)

Egy főre jutó havi nettó jövedelem (ügyintéző tölti ki)

Közgyógyellátási igazolvánnyal, valamint rendkívüli települési gyógyszer támogatással

rendelkezem / nem rendelkezem (megfelelő rész aláhúzendó)

IV. Nyilatkozatok

Büntetőjogi felelősségem teljes tudatában kijelentem, hogy életvitelszerűen a lakóhelyemen / tartózkodási helyemen élek * (a megfelelő rész aláhúzendó)

(A lakóhely és a tartózkodási hely megadásakor a lakcímnnyilvántartásba bejelentett lakóhelyet, tartózkodási helyet kell feltüntetni)

Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt jövedelmi adatok valódiságát a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 10. §-ának (7) bekezdése alapján a szociális hatáskört gyakorló szerv – a NAV hatáskörrel és

illetékességgel rendelkező adóhatóság útján, valamint a Kincstár által vezetett egységes szociális nyilvántartásban szereplő adatok alapján - ellenőrizheti.

Decs,

.....
Kérelmező házastársa/élettársa

.....
Kérelmező

Büntetőjogi felelősségem teljes tudatában nyilatkozom, hogy a csatolt jövedelmeken kívül egyéb jövedelemmel sem én, sem háztartásom tagjai nem rendelkeznek, tovább háztartásomban az általam a kérelemnyomtatványban feltüntetett személyeken kívül más nem tartózkodik.

Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához. Nyilatkozom, hogy az eljárás megindításáról szóló értesítést nem kérem.

Pozitív elbírálás esetén fellebbezési jogomról lemondok.

Tudomásul veszem, hogy az általános közigazgatási rendtartásról szóló 2016. CL. törvény 118 § (4) bekezdése alapján a fellebbezésre jogosult a fellebbezési határidőn belül a fellebbezési jogáról lemondhat. A fellebbezési jogról történő lemondás nem vonható vissza, arra egyebekben a kérelemre vonatkozó szabályok az irányadók.

.....
Kérelmező

Alulírott.....(kérelmező neve) elismerem, hogy a mai napon a,- Ft összegű gyógyszerutalványokat átvettem.

Decs,.....

.....
Kérelmező

ORVOSI IGAZOLÁS A GYÓGYSZERIGÉNYRŐL

Beteg neve:

Szül. hely, idő:

TAJ:

Lakó/tartózkodási hely:

A beteg rendszeresen szedett, krónikus betegségéhez közvetlenül kapcsolódó **h a v i**
gyógyszerigénye (gyógyszer neve, kisserelése, adagolása, támogatás jogcíme):

Gyógyszer neve:

Ára: