2. számú melléklet az az egyes szociális ellátások helyi szabályairól szóló 2/2015. (II.27.) önkormányzati rendelethez

***KÉRELEM   
a gyógyszertámogatás megállapítására***

*I. A kérelmező személyes adatai*

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

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

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

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

Lakóhely: ........................................................................................................................

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

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

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

*II. A megállapítás jogcímére és a jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok*

A jogosultság megállapítását jövedelmi helyzetemre és a magas gyógyszerköltségemre tekintettel kérem.

(Ez esetben ki kell tölteni a III. pontban szereplő családtagokra vonatkozó adatokat, valamint a jövedelemnyilatkozatot!)

III. A közeli hozzátartozókra és jövedelmükre vonatkozó adatok

*a)* A kérelmező családi körülménye:

□ egyedülélő

□ nem egyedül élő

*b)* A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók adatai

A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók száma: ......... fő.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Közeli hozzátartozó neve  (születési neve) | Családi kapcsolat megnevezése | Születési helye, év, hónap, nap | Megjegyzés\* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| \* Ebben az oszlopban kell feltüntetni, ha | | | |
| - a 16-20 év közötti 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. | | | |

*c)* Jövedelmi adatok

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| A jövedelem típusa | Kérelmező | A családban élő közeli hozzátartozók | | | | |
| 1. Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó |  |  |  |  |  |  |
| 2. Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó |  |  |  |  |  |  |
| 3. Alkalmi munkavégzésből származó |  |  |  |  |  |  |
| 4. Táppénz, gyermekgondozási támogatások |  |  |  |  |  |  |
| 5. Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások |  |  |  |  |  |  |
| 6. Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások |  |  |  |  |  |  |
| 7. Egyéb jövedelem |  |  |  |  |  |  |
| 8. Összes jövedelem |  |  |  |  |  |  |

*)* Kijelentem, hogy

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

- a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

|  |
| --- |
| \* Ezt a nyilatkozatot csak abban az esetben kell megtenni, ha bejelentett lakó- és tartózkodási hellyel is rendelkezik.  Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt adatok valódiságát a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 10. § (7) bekezdése alapján a szociális hatáskört gyakorló szerv - az Adó- és Pénzügyi Ellenőrzési Hivatal hatáskörrel és illetékességgel rendelkező igazgatósága útján - ellenőrizheti. |

Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatok a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához, továbbá a közgyógyellátási nyilvántartásban szereplő adatoknak a közgyógyellátás információs rendszerében történő felhasználásához.

Dátum: ................................................

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