**KÉRELEM**

Települési támogatás (gyógyszerköltség hozzájárulás) megállapításához

**I. Személyi adatok:**

**Neve:** ........................................................................................................................................................................

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

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

**Születés helye, ideje:** ..............................................................................................................................................

**Lakóhely:** …..……. **irányítószám** ......................................................................................................... település

............................................................ utca/út/tér/köz ....... házszám .......... épület/lépcsőház ........... emelet, ajtó

**Tartózkodási hely:** ..………. irányítószám ............................................................................................ település

........................................................... utca/út/tér/köz ............ házszám .......... épület/lépcsőház .........emelet, ajtó

**Társadalombiztosítási Azonosító Jele (TAJ): \_ \_ \_ - \_ \_ \_ - \_ \_ \_**

**Bankszámlaszáma:** ………………………………………..……………………………………….……………

**Állampolgársága:** ...................................................................................................

*(Nem magyar állampolgár esetén fel kell tüntetni, ha a személy bevándorolt, letelepedett, oltalmazott vagy menekült jogállású.)*

**Telefonszám:** ..............................................................................................

**E-mail:** …………………………………….……………………………...

**Családi állapota:** házas, házastársától külön él, hajadon, nőtlen, elvált, özvegy, élettárs (Aláhúzással jelölje!)

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

Kérem a gyógyszertámogatás megállapítását, jövedelmi helyzetemre és a magas gyógyszerköltségemre tekintettel.

**III. A kérelmezővel egy lakásban együtt élő – ott bejelentett lakóhellyel vagy tartózkodási hellyel rendelkező közeli hozzátartozók, azaz a család tagjainak adatai:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |  A |  B |  C |  D | E |
|   |  **Név(születési név)** |  **Születési helye, ideje****(év, hó, nap)** |  **Anyja neve** | **Társadalombiztosítási AzonosítóJele (TAJ)** | **Rokoni kapcsolat** |
|  1. |   |   |   |   |  |
|  2. |   |   |   |   |  |
|  3. |   |   |   |   |  |
|  4. |   |   |   |   |  |
|  5. |   |   |   |   |  |
| 6. |  |  |  |  |  |

**IV. Jövedelmi adatok**

**A kérelmező, valamint házastársának (élettársának) és a vele egy családban élő gyermekeinek a havi nettó jövedelme:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| A jövedelmek típusai | Kérelmező | Házastárs/élettárs |  Gyermekek havi jövedelme Ft | Összesen |
|  1. Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó |   |   |   |   |   |   |
|  2. Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, szellemi és más önálló tevékenységből származó  |   |   |   |   |   |   |
|  3. Nyugellátás, és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások |   |   |   |   |   |   |
|  4. Táppénz, gyermekgondozási támogatások: GYED, GYES, GYET, családi pótlék, gyermektartásdíj) |   |   |   |   |   |   |
|  5. Önkormányzat és állami foglalkoztatási szervek által folyósított ellátások |   |   |   |   |   |   |
|  6. Egyéb jövedelem (pl. ösztöndíj, ingatlan- és ingó vagyontárgyak értékesítéséből származó jöv., értékpapírból származó jöv. kisösszegű kifiz.) |   |   |   |   |   |   |
|  7. A család összes nettó jövedelme |   |   |   |   |   |   |
|  8. A család összes nettó jövedelmét csökkentő tényezők (fizetett tartásdíj összege) |   |   |   |   |   |   |

**Egy főre jutó havi családi nettó jövedelem (ügyintéző tölti ki!): ........................ Ft/hó.**

**Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a JÖVEDELEMNYILATKOZAT-ban közölt adatok a valóságnak megfelelnek.**

Balatongyörök, 202.……………………………..

…….……………………………………

**az ellátást igénylő vagy törvényes képviselője aláírása**

…………………………………………….. ……………………………………………….

**a család nagykorú tagjának aláírása a család nagykorú tagjának aláírása**

**………………………………………….. …………………………………………….**

**a család nagykorú tagjának aláírása a család nagykorú tagjának aláírása**

**V. Nyilatkozatok**

* **Tudomásul veszem**, hogy a kérelemben közölt jövedelmi adatok valódiságát a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 10. § (7) bekezdése alapján a szociális hatáskört gyakorló szerv – a NAV hatáskörrel és illetékességgel rendelkező adóigazgatósága útján – ellenőrizheti.
* **Hozzájárulok** a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához.
* Felelősségem tudatában **kijelentem**, hogy
1. \*életvitelszerűen a lakóhelyemen/a tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzandó),
2. a családomban élő közeli hozzátartozóként feltüntetett személyek életvitelszerűen az enyémmel megegyező lakcímen élnek,
3. a kérelemben közölt adatok a valóságnak megfelelnek,
4. a gyógyszertámogatás megállapítása iránti kérelmemnek teljes egészében helyt adó döntés elleni fellebbezési jogomról lemondok. *(Nemleges válasz esetén kérjük a szövegrészt áthúzással törölni!)*

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

Balatongyörök, 202.……………………………..

 ……….………………………………

 **az ellátást igénylő vagy törvényes képviselője aláírása**