

KÉRELEM
TELEPÜLÉSI TÁMOGATÁS
GYÓGYSZERKIADÁSOK VISELÉSÉHEZ

KÉRJÜK, SZÍVESKEDJEN NYOMTATOTT BETŰKKEL KITÖLTENI!

A támogatást kérő neve: _____

Születési neve: _____

Anyja neve: _____

Születési helye, ideje: _____

TAJ száma: _____

Családi állapota: házas, hajadon, nőtlen, elvált, özvegy, élettárs (Aláhúzással jelölje!)

Lakcíme: _____

Tartózkodási helye: _____

(Aláhúzással jelölje hová kéri a támogatást!)

Kérelmező családtagjainak személyi adatai:

	Név (születési név)	Születési helye, ideje (év, hó, nap)	Anyja neve	Társadalombiztosítási Azonosító Jele
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Az alábbi táblázatot az ügyintéző tölti ki!

A támogatást kérővel közös háztartásban élő családtagok száma _____

A jövedelem típusa	A kérelmező jövedelme	Házastárs (élettárs) jövedelme	Gyermek jövedelme
Munkaviszonyból, munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyból származó nettó jövedelem és táppénz, Nyugdíj, nyugdíjszerű ellátás			
Vállalkozásból származó nettó jövedelem			
A gyermek ellátásához és gondozásához kapcsolódó támogatások (különösen: GYED, GYES, GYET, családi pótlék, gyermektartásdíj, árvaellátás)			
Önkormányzat és állami foglalkoztatási szerv által folyósított rendszeres pénzbeli ellátás (álláskeresői járadék, rendszeres szociális segély, bérpótló juttatás stb.)			
Egyéb nettó jövedelem (alkalmi munka)			

Összes nettó jövedelem			
-------------------------------	--	--	--

Egy főre jutó havi családi nettó jövedelem a kérelem benyújtását megelőző hónapban:
Ft/fő.

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy **a kérelemben közölt adatok a valóságnak megfelelnek.**

Hozzájárulok ahhoz, hogy Demecser Város Önkormányzata és a Demecseri Polgármesteri Hivatal az általam közölt személyes adataimat teljeskörűen megismerje, azokat a kérelem elbírálása, a döntés meghozatala és a nyilvántartás vezetése céljából felhasználja.

Az eljárás megindításáról kérem / nem kérem az értesítést.

Rendkívüli települési támogatás megállapítása iránti kérelemnek teljes egészben helyt adó döntés elleni fellebbezési jogomról lemondok. (nemleges válasz esetén kérjük a szövegrészt áthúzással törölni)

Vagyonyilatkozat

I. A kérelmező személyi adatai

Név.....

Születési név.....

Anyja neve:.....

Születési hely, év, hónap.....

Lakhely.....

Tartózkodási hely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jel

II. A kérelmező és a vele együtt élő hozzátartozójának lakásfenntartási támogatás esetén a háztartás valamennyi tagjának vagyona.

A. Ingatlanok

1. Lakástulajdon és lakótelek-tulajdon (vagy állandó, illetve tartós használat): címe:

..... város/község

..... út/utca..... hrsz. alapterülete: m², tulajdoni hányad:

....., a szerzés ideje: év

Becsült forgalmi érték:* Ft

Haszonélvezeti joggal terhelt: igen nem (a megfelelő aláhúzendó)

2. Üdülőtulajdon és üdülőtelek-tulajdon (vagy állandó, illetve tartós használat): címe:

..... város/község

..... út/utca hsz. alapterülete: m², tulajdoni hányad:
, a szerzés ideje: év Becsült forgalmi érték: *
 Ft

3. Egyéb, nem lakás céljára szolgáló épület-(épületrész-)tulajdon (vagy állandó használat):
 megnevezése (zártkerti építmény, műhely, üzlet, műterem, rendelő, garázs stb.):

..... címe: város/község..... út/utca
 hsz. alapterülete: m², tulajdoni hányad:, a szerzés ideje:
 év
 Becsült forgalmi érték: * Ft

4. Termőföldtulajdon (vagy állandó használat): megnevezése: címe:
 város/község út/utca hsz. alapterüle-
 te: m², tulajdoni hányad:, a szerzés ideje: év
 Becsült forgalmi érték: * Ft

II. Egyéb vagyontárgyak

Gépjármű: '

a.) személygépkocsi: típus rendszám ,
 szerzés ideje, valamint a gyártási éve:

Becsült forgalmi érték: ** Ft

b.) tehergépjármű, autóbusz, motorkerékpár, vízi vagy egyéb jármű: típus
 rendszám, szerzés ideje, valamint gyártási éve.....

Becsült forgalmi érték: ** Ft

Kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulok a nyilatkozatban
 szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárásban történő felhasználásához, kezeléséhez.

Demecser, 2016. év hó nap

aláírás

T Á J É K O Z T A T Ó

A következő oldalon lévő orvosi javaslatot a háziorvosával/kezelőorvosával szíveskedjék kitöltetni

vagy a rendszeresen szedett gyógyszerekre,

vagy az eseti jelleggel szükséges gyógyszerekre,

**vagy gyógyászati segédeszközre, majd a gyógyszerértárban a gyógyszerköltségeket igazol-
tatni! Illetve a gyógyászati segédeszköz esetén az árajánlatot/számlát csatolni szívesked-
jen!**

A KÉRELEMHEZ CSATOLNI KELL

A gyógyszerértámogatás iránti kérelemhez mellékelni kell

- az igénylő és családtagjai jövedelemigazolása,
 - ✓ A jogosultság megállapításakor
 - a) a havi rendszerességgel járó - nem vállalkozásból, illetve őstermelői tevékenységből (a továbbiakban együtt: vállalkozás) származó - jövedelem esetén a kérelem benyújtását megelőző hónap jövedelmét,
 - b) vállalkozásból származó jövedelem esetén a kérelem benyújtásának hónapját közvetlenül megelőző tizenkét hónap alatt szerzett jövedelem egyhavi átlagát
 - kell figyelembe venni, azzal, hogy a b) pont szerinti számításnál azon hónapoknál, amelyek adóbevallással már lezárt időszakra esnek, a jövedelmet a bevallott éves jövedelemnek e hónapokkal arányos összegében kell beszámítani,
 - c) nem havi rendszerességgel szerzett jövedelem esetén a kérelem benyújtásának hónapját közvetlenül megelőző három hónap alatt szerzett egyhavi átlagáról szóló nyilatkozat.
 - ✓ amennyiben a kérelmező, közeli hozzátartozója illetve a háztartásában életvitelszerűen vele együtt lakó más személy rendszeres jövedelemmel nem rendelkezik, úgy az erről szóló nyilatkozatot és a Munkaügyi Központ igazolását arról, hogy regisztrált álláskereső és ellátásban nem részesül, azon személyek kivételével, akik betegségük, egészségi állapotuk miatt nem képesek a Munkaügyi Központtal együttműködni és ezt orvosi igazolással alá tudják támasztani vagy e rendelet alapján ápolási támogatásban részesülnek
- a háziorvos igazolását a krónikus betegségre havi rendszerességgel szedett, a társadalombiztosítási támogatásba befogadott gyógyszerekről/gyógyító ellátásokról, a szükséges gyógyászati segédeszköz szükségletéről,
 - a gyógyszerértár igazolását a háziorvos igazolásán szereplő gyógyszerek/ gyógyító ellátások, a gyógyászati segédeszköz forgalmazó igazolását gyógyászati segédeszköz fogyasztói áráról.
 - vagyonnyilatkozatot

Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt adatok valódiságát az önkormányzat a NAV útján ellenőrizheti.

Demecser, 2016 _____

a támogatást kérő aláírása

ORVOSI JAVASLAT

A beteg neve: _____

Anyja neve: _____

Lakcíme: _____

Betegségei latin nyelvű diagnózisának megnevezése:

_____**KÉRJÜK, AZ ALÁBBIAK KÖZÜL EGYET JELÖLJÖN MEG!** Betegségeinek kezelésére *tartósan, és rendszeresen* (várhatóan 6 hónapig, vagy 6 hónapnál hosszabb ideig kell folyamatosan szednie) alkalmazandó gyógyszerek megnevezése:_____

_____ Betegségeinek kezelésére *eseti jelleggel* (várhatóan 6 hónapnál rövidebb ideig kell szednie) alkalmazandó gyógyszerek megnevezése:_____

_____ Gyógyászati segédeszköz megnevezése: _____

Demecser, 2016_____

PH.

orvos aláírása**IGAZOLÁS A GYÓGYSZERKÖLTSÉGEKRŐL (A gyógyszerár tártölti ki!)**

A beteg neve: _____

Lakcíme: _____

TAJ száma _____

Igazolom, hogy nevezett **havi rendszeres gyógyszerköltsége** az orvosi javaslatban szereplők szerint havi _____ Ft.Igazolom, hogy nevezett **eseti gyógyszerköltsége** az orvosi javaslatban szereplők szerint Ft.

Ezt az igazolást nevezett kérelmére gyógyszerátogatás iránti jogosultságának elbírálásához adtam ki.

Demecser, 2016_____

PH.

gyógyszertár aláírása