



*Kozármisleny Város Önkormányzat
Szociális, Kulturális és Oktatási Bizottsága
7761 Kozármisleny, Pécsi út 124.
☎: 72/570-918;*

**KÉRELEM
GYÓGYSZERKIADÁSOK VISELÉSÉHEZ NYÚJTOTT TELEPÜLÉSI
TÁMOGATÁS**

Kérelmező neve: _____

Születési neve: _____

Anyja neve: _____

Születési helye, ideje: _____

TAJ száma: _____

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

Lakóhely: _____

Tartózkodási helye: _____

Bankszámlaszám: (akkor kell megadni, ha a kifizetést bankszámlára kéri)

A folyószámlát vezető pénzintézet megnevezése: _____

Telefonszám: _____

Kérelmező családtagjainak személyi adatai:

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

4.				
5.				

A támogatást kérővel közös háztartásban élő családtagok száma _____

	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						

Egy főre jutó havi családi nettó jövedelem a kérelem benyújtását megelőző hónapban:

.....Ft/fő

Nyilatkozom, hogy közgyógyellátási igazolvánnyal rendelkezem:

IGEN

NEM

TÁJÉKOZTATÓ

Gyógyszertámogatás állapítható meg annak a személynek, aki szociálisan rászorult, és közgyógyellátási igazolvánnyal nem rendelkezik. Tartós egészségromlás következtében folyamatos magas gyógyszerköltségei, vagy eseti megbetegedés miatt, jelentős megterhelést okozó gyógyszerköltségei miatt átmenetileg létfenntartását veszélyeztető helyzetbe kerül.

Nem állapítható meg gyógyszerátogatás, akinek családjában az egy főre jutó jövedelem öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének **180%-át (51.300,-Ft)**, egyedül élő esetén **220%-át (62.700,-)** meghaladja, továbbá

a havi rendszeres gyógyító ellátás költsége eléri, illetve meghaladja az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének 20%-át (5.700,-).

A KÉRELEMHEZ CSATOLNI KELL

- Az egyén vagy a család tagjainak a kérelem benyújtását megelőző havi nettó jövedelméről szóló igazolása (munkavállaló esetén a munkáltató által igazolt nettó munkabér, vállalkozó esetén a NAV által kiállított igazolás az előző évről)
- Nyugdíj, árvajáradék esetén: nyugdíjösszesítő, aktuális folyószámla kivonat, vagy postai szelvény
- munkanélküli esetén a Munkaügyi Központ igazolása arról, hogy regisztrált álláskereső

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

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 gyógyszertárban a gyógyszerköltségeket igazoltatni! Illetve a gyógyászati segédeszköz esetén az árajánlatot/számlát csatolni szíveskedjen!

Kozármisleny,

a támogatást kérő aláírása

NYILATKOZAT

Havi jövedelemről

Alulírott (szül.hely, idő:,

an:)Kozármisleny,

szám alatti lakos büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a **kérelem benyújtását megelőző hónapban**

- munkaviszonyból nem származott jövedelem,
- rendszeres pénzellátásban nem részesültem,
- alkalmi munkavégzésből nem származott jövedelem
- alkalmi munkavégzésből, - Ft jövedelem származott.

Munkaügyi Központnál regisztrált álláskereső vagyok: **igen** **nem**

Kijelentem, hogy a kérelemben közölt adatok a valóságnak megfelelnek, ellenkező esetben a már felvett támogatást köteles vagyok visszafizetni.

Kozármisleny,

.....
kérelmező / közös háztartásban élő családtag

NYILATKOZAT

(abban az esetben kell kitölteni, ha gyermekét egyedül neveli.)

Alulírott

.....

..... sz. alatti
lakos büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy gyermekemet
..... napjától egyedülálló szülőként gondozom.

Kozármisleny,

.....

nyilatkozattevő

NYILATKOZAT

(Abban az esetben kell kitölteni, ha gyermekét egyedül neveli.)

Alulírott

.....

..... sz. alatti
lakos büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy gyermek után gyermektartásdíjban

- részesülök, melynek összege: Ft/hónap
- nem részesülök.

Kozármisleny,

.....

nyilatkozattevő

HÁZIORVOSI, SZAKORVOSI JAVASLAT

A beteg neve: _____

Anyja neve: _____

Lakcíme: _____

TAJ száma: _____

KÉRJÜK, AZ ALÁBBIAK KÖZÜL EGYET JELÖLJÖN MEG!

Betegségeinek kezelésére *tartósan, és rendszeresen* (várhatóan 3 hónapig, vagy 3 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: _____

Kozármisleny,

PH.

orvos aláírása

IGAZOLÁS A GYÓGYSZERKÖLTSÉGEKRŐL (A gyógyszerész tálti 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 gyógyszer támogatás iránti jogosultságának elbírálásához adtam ki.

Kozármisleny,

PH.

gyógyszerész táltírása