KÉRELEM
TELEPÜLÉSI TÁMOGATÁS
(GYÓGYSZERKIADÁSOK VISELÉSÉHEZ)

A támogatást kérő neve:_____

Születési neve:_____

Anyja neve:_____

Születési helye, ideje:_____

TAJ száma: _____

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

Lakáscíme:_____település_____u._____szám

Lakcímbejelentés dátuma: _____év_____hó_____nap

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

□□□□□□□□-□□□□□□□□-□□□□□□□□

A folyószámlát vezető pénzintézet megnevezése_____

Kérelmező telefonszáma:_____

Kérelmező családtagjainak személyi adatai:

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

Kérelmező és családtagjai nettó havi jövedelme (i):

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 (álláskeresési 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

TÁJÉKOZTATÓ

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

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!

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.

Parád, 2015._____hó_____nap

_____

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:

_____

Parád, 2015._____hó___ nap

PH.

_____

orvos aláírása

IGAZOLÁS A GYÓGYSZERKÖLTSÉGEKRŐL (A gyógyszertár tölti ki!)

A beteg neve:

_____

Lakcíme:

_____

TAJszáma

_____

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 gyógyszertámogatás iránti jogosultságának elbírálásához adtam ki.

Parád, 2015. _____hó____nap

PH.

_____
gyógyszertár aláírása