
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!)

Lakáscíme: _____

Tartózkodási helye: _____

(Aláhúzással jelölje hová kéri a támogatást!)

Telefonszám: _____

Kérelmező családtagjainak személyi adatai:

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

T Á J É K O Z T A T Ó

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

vagy a rendszeresen szedett gyógyszerekre,

vagy az eseti jelleggel szükséges gyógyszerekre,

vagy gyógyászati segédeszközre, majd a gyógyszerértékben 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.

Vaja, 20_____

a támogatást kérő aláírása

ORVOSI JAVASLAT

A beteg neve: _____

Anyja neve: _____

Lakcíme: _____

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: _____

Vaja, 20_____

PH.

orvos aláírása

IGAZOLÁS A GYÓGYSZERKÖLTSÉGEKRŐL (A gyógyszerészeti társulat tölti ki!)

A beteg neve: _____

Lakcíme: _____

TAJ száma _____

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

Igazolom, hogy nevezett **eseti gyógyszerköltésége** az orvosi javaslatban szereplők szerint -
_____ Ft.

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

Vaja, 20_____

PH.

gyógyszerészeti társulat aláírása

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