# Tótkomlós Város Önkormányzat 3. melléklet

# Képviselő - testülete

**5940 Tótkomlós Fő u. 1.**

***KÉRELEM***

***a gyógyszer-kiadások viseléséhez nyújtott támogatás megállapítására***

1**. A kérelmező személyre vonatkozó adatok:**

1.1. Neve: ..........................................................................................

1.2. Születési neve: ...................................................

1.3. Anyja neve: ...................................................................

1.4. Születési helye, ideje (év, hó, nap): ......................

1.5. Lakóhely: ...................................................................

1.6. Tartózkodási hely: ........................................

1.7. Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .......................

1.8. Állampolgársága: ………………………

1.9. Telefonszám (nem kötelező megadni): ...............

1.10. A kérelmező idegenrendészeti státusza (nem magyar állampolgárság esetén):

1.10.1. [] szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, vagy

1.10.2. [] EU kék kártyával rendelkező, vagy

1.10.3. [] bevándorolt/letelepedett, vagy

1.10.4. [] menekült/oltalmazott/hontalan.

**Jövedelmi helyzetemre és a magas gyógyszerköltségemre tekintettel kérem a gyógyszer-kiadások viseléséhez nyújtott támogatás megállapítását.**

2. A közeli hozzátartozókra és jövedelmükre vonatkozó adatok

2.1. A kérelmező családi körülménye:

2.1.1. □ egyedül élő

2.1.2. □ nem egyedül élő

2.2. A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók adatai

2.2.1. A kérelmező családjában, a kérelmezővel azonos lakcímen élő közeli hozzátartozók száma: ......... fő.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | A | B | C | D | E | G |
| 1.  | Közeli hozzátartozó neve(születési neve) | Anyja neve | Születési helye, ideje (év, hó, nap) | Társadalom-biztosítási azonosító Jele | Családi kapcsolat megnevezése | Megjegyzés\* |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |

\* Ebben az oszlopban kell feltüntetni, ha

– a 20 évesnél fiatalabb gyermek nem jár oktatási intézménybe, de önálló keresettel még nem rendelkezik,

– életkortól függetlenül a gyermek tartós betegségének vagy fogyatékosságának fennállását, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt.

2.3. Jövedelmi adatok

A kérelmező, valamint a családban élő közeli hozzátartozóinak a havi jövedelme forintban:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | A | B | C |
| 1. | A jövedelem típusa | Kérelmező | A családban élő közeli hozzátartozók |
| 2. | Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó |  |  |  |  |  |  |
| 4.  | Táppénz, gyermekgondozási támogatások |  |  |  |  |  |  |
| 5.  | Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások |  |  |  |  |  |  |
| 6.  | Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások |  |  |  |  |  |  |
| 7.  | Egyéb jövedelem |  |  |  |  |  |  |
| 8.  | Összes jövedelem |  |  |  |  |  |  |

3. Nyilatkozatok

3.3. Kijelentem, hogy

3.3.1. életvitelszerűen a lakóhelyemen / a tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzandó),

3.3.2. a családomban élő közeli hozzátartozóként feltüntetett személyek életvitelszerűen az enyémmel megegyező lakcímen élnek,

3.3.3. a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

3.4. Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt adatok valódiságát a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló [1993. évi III. törvény 10. § (7) bekezdése](http://www.optijus.hu/loadpage.php?dest=OISZ&twhich=221785#sid1381888) alapján a szociális hatáskört gyakorló szerv - a Nemzeti Adó- és Vámhivatal hatáskörrel és illetékességgel rendelkező adóigazgatósága útján - ellenőrizheti.

3.5. Kijelentem, hogy az ellátásra való jogosultság feltételeit érintő lényeges tények, körülmények megváltozásáról 15 napon belül értesítem az ellátást megállapító szervet.

3.6. Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához, továbbá a közgyógyellátási nyilvántartásban szereplő adatoknak a közgyógyellátás információs rendszerében történő felhasználásához.

\*3.7. Kérelmem teljesítése esetén fellebbezési jogomról:

a) lemondok, b) nem mondok le. \*A megfelelő rész aláhúzandó!

3.8. Tudomásul veszem, hogy kérelmem pozitív elbírálása esetén a részemre megállapított és kifizetett havi támogatás felhasználását havonta, a nevemre kiállított eredeti számla bemutatásával igazolnom kell és amennyiben e kötelezettségemet két egymást követő jogosultsági hónapra vonatkozóan nem teljesítem, úgy tudomásul veszem, hogy a részemre megállapított gyógyszer-kiadások viseléséhez nyújtott támogatásra való jogosultságom és a támogatás folyósítása a számlával nem igazolt támogatás kifizetése hónapjának első napjától megszüntetésre kerül és a kifizetett, de számlával nem igazolt támogatás összegét vissza kell térítenem.

A kérelemhez csatolandó mellékletek:

1. Jövedelemigazolás
2. A gyógyszerész által – a háziorvos rendszeres havi gyógyszerszükségletet megállapító igazolása alapján – kiállított igazolás a havi rendszeres gyógyszerszükséglet térítési díjáról.

Kelt: .............................., ..................................

.......................................................................... .................................................................. kérelmező aláírása kérelmező házastársának/élettársának

 aláírása