

NJ.:

Előzmény: _____

Érkezett: _____

KÉRELEM

gyógyszer-kiváltás és védőoltás települési támogatásának megállapítására

1. A kérelmező személyre vonatkozó adatok:

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési helye, ideje (év, hó, nap):

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele (TAJ-szám):

Állampolgársága:

Telefonszám (nem kötelező megadni):

A kérelmező idegenrendészeti státusza (nem magyar állampolgárság esetén):

- szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, vagy
- EU kék kártyával rendelkező, vagy
- bevándorolt/letelepedett, vagy
- menekült/oltalmazott/hontalan.

2. A jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok

2.1 Kérem a

- gyógyszer-kiváltás,
-védőoltás

települési támogatásának megállapítását magam részére, szociális helyzetemre tekintettel.

2.2 Kérem a

- gyógyszer-kiváltás,
-védőoltás

települési támogatásának megállapításátnevű
gyermekem részére, szociális helyzetünkre tekintettel.

A rendszeres gyermekvédelmi kedvezmény gyermekem számára

- megállapításra került
- nem került megállapításra.

3. A közeli hozzátartozókra és jövedelmükre vonatkozó adatok

3.1. A kérelmező családi körülménye:

- egyedül élő,
- nem egyedül élő.

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

	A	B	C	D	E	F
1.	Közeli hozzátartozó neve (születési neve)	Anyja neve	Születési helye, ideje (év, hó, nap)	Társadalombiztosítási Azonosító Jele	Családi kapcsolat megnevezése	Megjegyzés*
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

3.3 Kijelentem, hogy

a)* életvitelszerűen a lakóhelyemen/a tartózkodási helyemen élek

(*A megfelelő rész aláhúzendó. Ezt a nyilatkozatot csak abban az esetben kell megtenni, ha egyidejűleg bejelentett lakó- és tartózkodási hellyel is rendelkezik.),

b) a családban élő közeli hozzátartozóként feltüntetett személyek életvitelszerűen az enyémmel megegyező lakcímen élnek,

c) a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

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

	A	B	C			
1.	A jövedelem típusa	Kérelmező	A családban élő közeli hozzátartozók			
2.	Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó ebből közfoglalkoztatásból 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 állami foglalkoztatási szerv által folyósított ellátások					
7.	Egyéb jövedelem					
8.	Összes jövedelem					

Egy főre jutó havi jövedelem:.....Ft.

4. Nyilatkozatok

4.1. A gyógyszer-kiváltás települési támogatás kézbesítését lakcímemre postai úton kérem.

4.2. A gyógyszer-kiváltás települési támogatás folyószámlámra történő utalását kérem, amelynek adatai:
pénzforgalmi szolgáltató neve:.....
számlaszám:.....

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

I. Nyilatkozat

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

Tudomásul veszem, hogy a jelen kérelemben közölt adatok valódiságát a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény (a továbbiakban: Szt.) 10. § (6)-(7) bekezdésében foglaltak alapján, ha a kérelmező életkörülményeire tekintettel a hatóság vitatja a jövedelemnyilatkozatban foglaltakat, felhívja a kérelmezőt az általa lakott lakás, illetve saját és családja tulajdonában álló vagyon fenntartási költségeit igazoló dokumentumok benyújtására. Abban az esetben, ha a fenntartási költségek meghaladják a jövedelemnyilatkozatban szereplő jövedelem 50%-át, a jövedelem a fenntartási költségek figyelembevételével vélelmezhető.

Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához.

Orosháza, (év) (hónap) (nap)

.....
kérelmező/törvényes képviselő

.....
kérelmező házastársa/élettársa

.....
a családban élő nagykorú közeli hozzátartozók aláírásai

II. Nyilatkozat

Alulírott nyilatkozom, hogy az ügyemben hozott döntés mielőbbi véglegessé válása érdekében e kérelmem teljesítése esetén lemondok az általános közigazgatási rendtartásról szóló 2016. évi CL. törvény (a továbbiakban: Ákr.) 116. § (2) bekezdés a) pontjában biztosított fellebbezési jogomról az Ákr. 82. § (3) bekezdés a) pontja alapján.

Orosháza, (év) (hónap) (nap)

.....
kérelmező/törvényes képviselő

A kérelemhez mellékelni kell:

1. jövedelemnyilatkozatot alátámasztó jövedelemigazolásokot a háztartás valamennyi tagjára vonatkoztatva az előző hónap jövedelméről; nem havi rendszerességgel járó, fix jövedelem esetében az előző 12 hónap jövedelmének 1/12-ed részéről szóló igazolást,
2. háziiorvosi igazolást a havi rendszeres gyógyszeres szükségletéről, a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő által közzétett, a társadalombiztosítási támogatásba befogadott gyógyszerköltségről kiállított gyógyszerügyi igazolással együtt,
3. a járási hivatal végleges, 3 hónapnál nem régebbi határozatát az alanyi és normatív közgyógyellátás iránti kérelem elutasításáról,
4. a védőoltás települési támogatás kérelméhez: a háziiorvos, házi gyermekorvos igazolását a védőoltás időszerűségéről, az oltóanyag szükségletéről és költségéről vagy az oltóanyag névre szóló, beárazott receptjét.”

Háziorvosi igazolás

A kérelmező személyes adatai

Neve:

Születési neve:.....

Anyja neve:.....

Születési hely, év, hó, nap:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:.....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:.....

A háziorvosi igazolás kiadásának célja

- a gyógyszer-kiváltás települési támogatására való jogosultság megállapítása,
- a gyógyszer-kiváltás települési támogatásának a felülvizsgálata.

(A megfelelő választ X-szel kell jelölni.)

II. A társadalombiztosítás által támogatott, tartósan alkalmazott, havi rendszerességgel rendelt gyógyszerek adatai:

Gyógyszer megnevezése	Gyógyszerforma	Hatóanyag megnevezése	A hatóanyag napi mennyisége	Napi adagolás	Megjegyzés

A táblázatban valamennyi, a kérelmező által havi rendszerességgel, tartósan szedett, tb-támogatásba befogadott gyógyszert fel kell tüntetni.

III. Háziorvosra (intézményi orvosra) vonatkozó adatok, a háziorvos nyilatkozata

A háziorvos neve:.....

Személy-specifikus orvosi bélyegzőjének száma:.....

Ágazati azonosító:.....

Nyilvántartási engedély száma:.....

Rendelő/munkahely neve, címe:.....

Telefonszáma:.....

Kijelentem, hogy az igazolásban feltüntetett gyógyító ellátásra vonatkozó szükséglet kizárólag a gyógyszertámogatást igénylő személy orvosi dokumentációjában igazolt kezelése alapján került megállapításra.

Dátum:

.....

P.H.

házi orvos aláírása"