

6. függelék

*a pénzbeli és természetben nyújtott szociális ellátásokról és a helyi szociális szolgáltatásokról
szóló 3/2015. (II. 25.) önkormányzati rendelethez*

KÉRELEM

Gyógyszerkiadások viseléséhez kapcsolódó rendszeres települési támogatás megállapítására

Kérelmező adatai

Név és leánykori név :	
Születési hely és idő:	
Anyja neve:	
Családi állapota:	hajadon nőtlen házas élettárs özvegy elvált
Lakóhely/Tartózkodási hely:	
TAJ szám:	
Telefon szám:	

☐ Bankszámlaszám ahova a támogatás utalását kérem:

.....-.....-.....

JÖVEDELEMNYILATKOZ AT

A közös háztartásban élő közeli hozzátartozóknak a kérelem benyújtását megelőző hónap nettó jövedelme(i)

Jövedelem típusa	Kérelmező jövedelme (Ft)	Házastárs/élettárs jövedelme (Ft)	Gyermekek) jövedelme (Ft)	Együtt élő további családtag jöv.(Ft)
Munkaviszonyból, munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyból, táppénz				
Társas és egyéni vállalkozásból származó jövedelem				
Ingó, ingatlan vagyontárgyak értékesítéséből származó jövedelem				
Nyugellátás, baleseti nyugellátás, egyéb nyugdíjszerű ellátások				
Gyermekek ellátásához, gondozásához kapcsolódó ellátások (Gyed, gyes, gyet, családi pótlék, tartásdíj)				

Önkormányzati, kormányhivatali támogatások (rendszeres települési támogatások, fht, rendszeres szoc. segély)				
Foglalkoztatási szerv által folyósított rendszeres pénzbeli ellátás (álláskeresői támogatás)				
Egyéb jövedelem (ösztöndíj, értékpapírból származó jövedelem stb.)				
Összes nettó jövedelem:				
Egy főre jutó családi nettó jövedelem: (A Hivatal tölti ki)				Ft

1) Együtt élő családtagok: egy lakásban együtt lakó, ott bejelentett lakóhellyel vagy tartózkodási hellyel rendelkező az egy főre jutó jövedelem számítása szempontjából figyelembe vehető közeli hozzátartozók adatai (házastárs/élettárs, gyermekek, stb.)

Név	Szül.hely,idő,anyja neve	Rokoni kapcsolat	TAJ szám
1.			
2.			
3.			
4.			

Kérelem indoka:

.....

.....

.....

.....

Nyilatkozat

Hozzájárulok ahhoz, hogy az állami adóhatóságtól, más társhatóságoktól kérelmem elbírálása céljából szükség esetén igazolásokat szerezzenek be, valamint a támogatási kérelem elbírálása során, a jogosultság megállapítása és teljesítése céljából a személyes adataimat a döntésben részt vevő személyek a szükséges mértékben megismerjék és az adatvédelmi előírásoknak megfelelően kezeljék. Hozzájárulok a személyi azonosító okmányaim, továbbá a kérelmem jogosultságát alátámasztó dokumentumok fénymásolásához.

Dátum.....

.....
kérelmező aláírása

Nyilatkozat

Büntetőjogi felelősségem teljes tudatában nyilatkozom, hogy a kérelem beadását megelőző hónapban:

- a gyermekek után, mint a gyermekeket egyedülállóként nevelő szülő gyermektartásdíjat nem kaptam;
- semmiféle jövedelemmel nem rendelkezttem;
- rendszeres pénzellátással nem rendelkezttem;
- alkalmi munkavállalásból származó havi nettó jövedelem:.....Ft volt.

(Kitöltés esetén választ jelölje aláhúzással.)

Dátum.....

.....
kérelmező aláírása

A kérelem kötelező mellékletei:

- személyazonosító igazolvány, lakcímet igazoló hatósági igazolvány másolata
 - a kérelem benyújtását megelőző hónapra vonatkozó jövedelemigazolások
 - vagyonyilatkozat
 - Igazolás a biztosított havi társadalombiztosítási támogatásba befogadott gyógyszerköltségéről
- (A háziorvos vagy szakorvos állítja ki. Az orvos és gyógyszerész aláírása és bélyegzőlenyomata nélkül nem fogadható el)

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy az általam közölt és a benyújtott mellékletek tartalma szerinti adatok a valóságnak megfelelnek.

Dátum:.....

.....
Kérelmező aláírása

Igazolás a biztosított havi társadalombiztosítási támogatásba befogadott gyógyszerköltségéről
(A háziorvos vagy szakorvos állítja ki. Az orvos és gyógyszerész aláírása és bélyegzőlenyomata nélkül nem fogadható el)

Igazolom, hogy (név)

szül.hely: szül. idő:.....

anyja neve:

TAJ száma:

Zalavég, szám alatti lakos részére az alábbi gyógyszerek rendszeres szedése szükséges:

(Kérjük szíveskedjen megjelölni az 1 havi mennyiséget. A feltüntetett gyógyszerek árát gyógyszerész igazolja.)

Gyógyszer (gyógyszer neve/havi adag) (házi orvos, szakorvos tölti ki)	Ft/hó (gyógyszertár tölti ki)	Gyógyszer (gyógyszer neve/havi adag) (házi orvos, szakorvos tölti ki)	Ft/hó (gyógyszertár tölti ki)

Közgyógyellátásra jogosító igazolvánnyal rendelkezik-e? ☐ IGEN ☐ NEM

A gyógykezelés várható időtartama:..... hónap.

Kelt:

P.H.

P.H.

.....
gyógyszertár aláírása, pecsétje
pecsét száma

.....
házi/szak orvos aláírása, pecsétje

Gyógyszerköltség összesen havonta (ügyintéző tölti ki):