

## KÉRELEM TELEPÜLÉSI GYÓGYSZERTÁMOGATÁS

megállapítására

A támogatás jogcíme: Eseti települési gyógyszer-támogatás  
Rendszeres települési gyógyszer-támogatás

(Közgyógyellátásban részesülők számára nem állapítható meg!)

A kérelem

indoka: \_\_\_\_\_

Kérelmező neve: .....

Születési neve: .....

Születési helye: ..... Születési idő: .....év..... hó.....nap.

Anyja neve: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jel: ..... Adóazonosító jel: .....

Állampolgársága: magyar, egyéb: .....

A kérelmező idegenrendészeti státusza: szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, EU kék kártyával rendelkező, bevándorolt, letelepedett, menekült, oltalmazott, hontalan . **Státuszt elismerő**

határozat száma: \_\_\_\_\_/20\_\_\_\_\_

Családi állapota: hajadon/nőtlen; házas és házastársával együtt él; házas és házastársától külön él; elvált;

özvegy; élettárral él; egyedül él. **Lakóhely:** .....

**Tartózkodási hely:** .....

**Életvitelszerűen a** ..... **címen**  
**élek.**

A megállapított támogatást postai úton / bankszámlára kérem folyósítani<sup>6</sup>. **Bank:** ..... **Számlaszám:** .....

**Kérelmező családi körülményei:**  egyedül élő,  nem egyedül élő

**Közgyógyellátásban részesülők:**  igen  nem

**Kérelmező telefonszáma:** .....

**E-mail címe:** .....

**A kérelem benyújtásának időpontjában, a kérelmezővel közös háztartásban élők adatai**

Név	Születési hely, idő	Anyja neve	Rokoni fok	Társadalombiztosítási Azonosító Jel
1.				
2.				
3.				
4.				

**Jövedelmi adatok**

A jövedelmek típusai	Kérelmező jövedelme	A kérelmezővel közös háztartásban élő házastárs/élettárs jövedelme	A kérelmező családjában élő egyéb személyek jövedelme			Összesen
1. Munkaviszonyból, munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyból származó jövedelem és táppénz						
2. Társas és egyéni vállalkozásból származó jövedelem						
3. Rendszeres pénzbeli ellátás (FHT, RSZS, ápolási díj)						
4. Ingatlan, ingó vagyontárgyak értékesítéséből, vagyoni értékű jog átruházásából származó jövedelem						
5. Nyugellátás, baleseti nyugellátás, egyéb nyugdíjszerű ellátások						
6. A gyermek ellátásához és gondozásához kapcsolódó támogatások (GYES, GYES, GYET, családi pótlék, gyermektartásdíj, stb.)						
7. A munkaügyi szervek által folyósított rendszeres pénzbeli ellátás						
8. Föld bérbeadásából származó jövedelem						
9. Egyéb (pl. ösztöndíj)						
10. Összes jövedelem:						

Egy főre jutó havi nettó jövedelem (ügyintéző tölti ki): ..... Ft/hó

**Kérelmező nyilatkozata**

Kijelentem, hogy

*a Veszprém Megyei Kormányhivatala Egészségbiztosítási Pénztári Szakigazgatási Szervétől **nem részesülök** közgyógyellátásban,*

*büntetőjogi felelősségem teljes tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek.*

*tudomásul veszem, hogy valótlán adatközlés esetén a támogatás megszüntetésre kerül, és a jogosulatlanul és rosszhiszeműen igénybe vett támogatást a folyósító szerv kamattal megemelt összegben visszakövetelheti.*

*Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt jövedelmi adatok valódiságát a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 10. §-ának (7) bekezdése alapján a szociális hatáskört gyakorló szerv - a NAV és az OEP hatáskörrel és illetékességgel rendelkező igazgatósága útján - ellenőrizheti*

Tés,..... év .....hónap..... nap.

**kérelmező aláírása**

**kérelmező házastársának/élettársának aláírása**

(Háziorvos tölti ki!)

## IGAZOLÁS A BIZTOSÍTOTT HAVI RECEPTKÖTELES GYÓGYSZERKÖLTSÉGÉRŐL

(A háziorvos aláírása és bélyegzőlenyomata nélkül nem fogadható el!)

Kérelmező neve: .....

Születési neve:.....

Születési helye:..... Születési idő:..... év..... hó.....nap.

Anyja neve: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jel: .....

Közgyógyellátásra jogosító igazolvánnyal rendelkezik-e:  igen  nem

Kérelmező rendszeresen szedett havi receptköteles gyógyszerei:

Gyógyszer neve

A Biztosított által fizetendő térítési díj

.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

Összesen: \_\_\_\_\_ -Ft

Tés.....év .....hónap..... nap.

Háziorvos aláírása, pecsétszáma

P.H.