2.sz. melléklet

Benyújtandó:

**Cserépfalui Közös Önkormányzati Hivatal**

**3413 Cserépfalu, Kossuth út 125.**

**K É R E L E M**

**települési gyógyszertámogatás megállapításához**

1. **Az igénylő adatai:**

 Kérelmező neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Születési neve: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Születési helye, ideje:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anyja neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: /TAJ szám/: \_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_ -\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Családi állapota***:*

egyedülálló (hajadon, nőtlen)

házastársával/ élettársával/bejegyzett élettársával lakik együtt

házastársától külön élő ( Amennyiben lakcímük eltérő!)

elvált

özvegy

*(a megfelelő rész aláhúzandó)*

1. **Lakóhely:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ( település) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (utca )\_\_\_\_ (sz.)

**Tartózkodási helye:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (település) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( utca) \_\_\_\_\_\_ hsz.) ( A lakcímnyilvántartásba bejelentett, lakcímkártyán szereplő lakóhelyet, tartózkodási helyet kell feltüntetni.)

**4. Kijelentem,** hogy **életvitelszerűen lakóhelyemen** vagy **tartózkodási helyemen élek** *( A meg- felelő rész aláhúzandó, azzal, hogy ezt a nyilatkozatot csak abban az esetben kell megtenni, ha bejelentett lakó- és tartózkodási hellyel is rendelkezik.)*

**5.** **A kérelmező családi körülménye:**

5.1.1. □ egyedül élő,

5.1.2. □ nem egyedül élő.

5.2. A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók adatai

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |  A |  B |  C |  D |  E |
|  1. |  Közeli hozzátartozóneve |  Anyja neve |  Születési helye, ideje (év, hó, nap) |  Társadalom- biztosítási Azonosító Jele |  Családi kapcsolat megnevezése |
|  2. |   |   |   |   |   |
|  3. |   |   |   |   |   |
|  4. |   |   |   |   |   |
|  5. |   |   |   |   |   |
|  6. |   |   |   |   |   |

(**család**: egy lakásban, vagy személyes gondoskodást nyújtó bentlakásos szociális, gyermekvédelmi intézményben együtt lakó, ott bejelentett lakóhellyel vagy tartózkodási hellyel rendelkező közeli hozzátartozók közössége.

**közeli hozzátartozó**:

1. a házastárs, élettárs,
2. a húszévesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező; a huszonhárom évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, nappali oktatás munkarendje szerint tanulmányokat folytató; a huszonöt évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, felsőoktatási intézmény nappali tagozatán tanulmányokat folytató vér szerinti, örökbe fogadott, illetve nevelt gyermek,
3. korhatárra való tekintet nélkül a tartósan beteg, az autista, illetve a testi, érzékszervi, értelmi vagy beszédfogyatékos vér szerinti, örökbe fogadott, illetve nevelt gyermek, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévétnek betöltését megelőzően is fennállt ( a továbbiakban fogyatékos gyermek),
4. a 18. életévét be nem töltött gyermek vonatkozásában a vér szerinti és az örökbe fogadó szülő, illetve a szülő házastársa vagy élettársa;

***II.* A települési gyógyszertámogatás igénylésének indoka:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***A kérelemhez mellékelni kell a gyógyszerkiadások, illetve a betegséghez kapcsolódó kiadások igazolására vonatkozó orvosi/gyógyszertári igazolást!***

1. **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 |   |   |   |   |   |   |
|   |  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 munkaügyi szervek által folyósított ellátások |   |   |   |   |   |   |
|  7. |  Egyéb jövedelem |   |   |   |   |   |   |
|  8. |  Összes jövedelem |   |   |   |   |   |   |

**Egy főre jutó havi nettó jövedelem ( ügyintéző tölti ki) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ft/hó.**

/ A kérelemhez mellékelni kell a jövedelmi adatok táblázat 1-9 pontjaiban feltüntetett jövedelmek valódiságát igazoló iratokat, melyek 30 napnál régebbiek nem lehetnek.)

1. **Egyéb nyilatkozatok:**

**Nyilatkozom, hogy közgyógyellátásban: részesülök / nem részesülök** (a megfelelő aláhúzandó)

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 hatáskörrel és illetékességgel rendelkező igazgatósága útján – ellenőrizheti.

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

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

**Tudomásul veszem, hogy valótlan adatközlés esetén a támogatás megszüntetésre kerül a jogosulatlanul és rosszhiszeműen igénybe vett támogatást a folyósító szerv kamattal megemelt összegben visszaköveteli.**

**Cserépfalu, 20\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hó \_\_\_ nap**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **kérelmező aláírása kérelmező házastársa/élettársa/**

**bejegyzett élettársa aláírása**