



Deszki Polgármesteri Hivatal

6772 Deszk, Tempfli tér 7.
Telefon: 62/571-580, fax: 62/571-581
E-mail: ph@deszk.hu,
web: www.deszk.hu

KÉRELEM GYÓGSZERTÁMOGATÁS MEGÁLLAPÍTÁSÁHOZ

KÉREM, SZÍVESKEDJEN NYOMTATOTT BETŰKKEL KITÖLTENI!

A támogatást kérő neve: _____

Születési neve: _____

Anyja neve: _____

Születési helye, ideje: _____

TAJ száma: _____

Családi állapota: házas, hajadon, nőtlen, elvált, özvegy, élettárs (Aláhúzással jelölje!)

Lakáscíme: _____

Tartózkodási helye: _____

(Aláhúzással jelölje hová kéri a támogatást!)

Lakcímbejelentés dátuma: _____

Bankszámlaszám: (akkor kell megadni, ha a kifizetést bankszámlára kéri)

□□□□□□□□-□□□□□□□□-□□□□□□□□

A folyószámlát vezető pénzintézet megnevezése _____

Telefonszám: _____

Kérelmező családtagjainak személyi adatai:

	Név (születési név)	Születési helye, ideje (év, hó, nap)	Anyja neve	Társadalombiztosítási Azonosító Jele
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

T Á J É K O Z T A T Ó

A következő oldalon lévő orvosi javaslatot a háziiorvosával/kezelőorvosával/gyógyszertárral szíveskedjék kitölteni

vagy a rendszeresen szedett gyógyszerekre,

vagy az eseti jelleggel szükséges gyógyszerekre,

vagy gyógyászati segédeszközre, majd a gyógyszertárban a gyógyszerköltségeket igazoltatni! Illetve a gyógyászati segédeszköz esetén az árajánlatot/számlát csatolni szíveskedjen!

A KÉRELEMHEZ CSATOLNI KELL

- a) Jövedelemnyilatkozat
- b) Jövedelemigazolások az Sztv. 10. § (2)-(5) bekezdései szerint
- c) Havi rendszeres gyógyszerköltséget tartalmazó háziiorvosi, vagy kezelőorvosi és gyógyszerügyi igazolás

A jövedelem

- a) munkaviszonyból származó jövedelem esetén az erre rendszeresített — a béren kívüli juttatásokat is tartalmazó — formanyomtatványon,
- b) álláskeresési támogatás esetén a munkaügyi kirendeltség által kiállított igazolással,
- c) nyugdíj, rokkantsági ellátás, rehabilitációs ellátás, illetve egyéb nyugdíjszerű ellátás esetén a kifizetett ellátás igazoló szelvényével, banki átutalási igazolással, amennyiben az ellátást levonás terheli, a fenti igazolásokon felül a nyugdíjfolyósító szerv által tárgyév elején megküldött elszámolási lappal, vagy az ellátást megállapító határozattal.
- d) családtámogatási ellátások esetén a kérelem benyújtását megelőző hónapban folyósított ellátás igazoló szelvényével, vagy banki átutalási igazolással, vagy a folyósító szerv igazolásával,
- e) vállalkozásból származó jövedelem esetén az adóhatóság által kiállított igazolással, vagy a benyújtott adóbevallás másolatával, az adóbevallással nem lezárt időszakra vonatkozóan havi bontásban könyvelői igazolással, ennek hiányában a vállalkozó nyilatkozatával,
- f) ösztöndíj esetén a közép-, ill. felsőoktatási intézmény által kiállított igazolással, vagy a számítógépes nyilvántartásból kinyomtatott és a hallgató aláírásával ellátott adatlappal,
- g) egyéb jövedelem esetén az erre rendszeresített formanyomtatványon tett nyilatkozattal igazolható.

Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt adatok valóságát az önkormányzat a NAV útján ellenőrizheti.

Deszk, 20_____

a támogatást kérő aláírása

ORVOSI JAVASLAT

A beteg neve: _____

Anyja neve: _____

Lakcíme: _____

Betegségei latin nyelvű diagnózisának megnevezése:

_____**KÉRJÜK, AZ ALÁBBIAK KÖZÜL EGYET JELÖLJÖN MEG!**

Betegségeinek kezelésére *tartósan, és rendszeresen* (várhatóan 6 hónapig, vagy 6 hónapnál hosszabb ideig kell folyamatosan szednie) alkalmazandó gyógyszerek megnevezése:

Betegségeinek kezelésére *eseti jelleggel* (várhatóan 6 hónapnál rövidebb ideig kell szednie) alkalmazandó gyógyszerek megnevezése:

Gyógyászati segédeszköz megnevezése: _____

Deszk, 20_____

PH.

orvos aláírása**IGAZOLÁS A GYÓGYSZERKÖLTSÉGEKRŐL** (A gyógyszerár tölti ki!)

A beteg neve: _____

Lakcíme: _____

TAJ száma _____

Igazolom, hogy nevezett **havi rendszeres gyógyszerköltsége** az orvosi javaslatban szereplők szerint havi _____ Ft.

Igazolom, hogy nevezett **eseti gyógyszerköltsége** az orvosi javaslatban szereplők szerint Ft.

Ezt az igazolást nevezett kérelmére gyógyszer támogatás iránti jogosultságának elbírálásához adtam ki.

Deszk, 20_____

PH.

gyógyszertár aláírása

Az alábbi táblázatot az ügyintéző tölti ki!

A támogatást kérővel közös háztartásban élő családtagok száma _____

A jövedelem típusa	A kérelmező jövedelme	Házastárs (élettárs) jövedelme	Gyermek jövedelme
Munkaviszonyból, munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyból származó nettó jövedelem és táppénz, Nyugdíj, nyugdíjszerű ellátás			
Vállalkozásból származó nettó jövedelem			
A gyermek ellátásához és gondozásához kapcsolódó támogatások (különösen: GYED, GYES, GYET, családi pótlék, gyermektartásdíj, árvaellátás)			
Önkormányzat és állami foglalkoztatási szerv által folyósított rendszeres pénzbeli ellátás (álláskeresői járadék, rendszeres szociális segély, bérpótló juttatás stb.)			
Egyéb nettó jövedelem (alkalmi munka)			
Összes nettó jövedelem			

Egy főre jutó havi családi nettó jövedelem a kérelem benyújtását megelőző hónapban:

.....Ft/fő