**VÁMOSPÉRCS VÁROSI ÖNKORMÁNYZAT**

4287 Vámospércs, Béke u. 1. Tel.: 52/591-500, Fax: 52/591-515

e-mail: info@vamospercs.hu, internet: www.vamospercs.hu

### KÉRELEM

### GYÓGYSZERTÁMOGATÁS MEGÁLLAPÍTÁSÁRA

**A kérelmező személyre vonatkozó adatok:**

Neve: …….………………………..…………………………………………………………………...

Születési neve: …………………………………..…………………………………………………….

Anyja neve………….………………………………………………………………………………….

Születési helye, ideje (év,hó,nap) : ……………………………………………………………………

**Lakóhelye:** ……………..…………….**település** ………………..……………………… **utca/út/tér** …….……... **házszám**……………….**épület/lépcsőház** …………….. **emelet** …………….. **ajtó**

**Tartózkodási helye:** ………………………...**település** ……………………………...… **utca/út/tér** ..……….…. **házszám**……………….**épület/lépcsőház** …………….. **emelet** …………….. **ajtó**

Társadalombiztosítási Azonosító Jele (TAJ száma) …………..………………..…...

Állampolgársága: ………………………………………….

**Alanyi, normatív közgyógyellátásban: részesülök nem részesülök**

 *(**a megfelelő aláhúzandó)*

Telefonszám:…………………………………

**Kérelmező bankszámlaszáma***:………………………-……………………………-………………………..*

**A kérelmező családi körülménye:** (\*megfelelő rész aláhúzandó)

\*egyedül élő

\*nem egyedül élő

A kérelmező családjában élő személyek adatai:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Név | Születési helye, ideje(év,hó,nap) | Anyja neve | Társadalombiztosítási Azonosító Jele (TAJ) |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6.  |  |  |  |  |

### IGAZOLÁS GYÓGYSZERTÁMOGATÁS HOZZÁJÁRULÁSHOZ

*(A háziorvos, vagy szakorvos állítja ki!)*

Igazolom, hogy (név) …………………………………………… szül. hely: ……………………….

szül. idő: ………………………………………………… anyja neve: …….………………………..

TAJ száma: ……………………… Vámospércs, ………………………………………………szám alatti lakos **a krónikus betegségeire tekintettel az alábbi vényköteles gyógyszereket szedi havi rendszerességgel.**

*(Rendszeres gyógyszerköltségnek kell tekinteni a krónikus betegséggel összefüggő,* ***havi rendszerességgel szedett, vényköteles gyógyszerek*** *egy havi adagjának költségét. A rendszeres gyógyszer hozzájárulás megállapításánál nem vehetők figyelembe a krónikus betegséggel összefüggésben szedett, vény nélkül kapható, gyógyszernek nem minősülő gyógyhatású készítmények, a táplálék-kiegészítők, a vitaminok és a gyógyászati segédeszközök.)*

***A feltüntetett gyógyszerek árát gyógyszertár igazolja, a gyógyszerköltséget igazoló pénztári bizonylatot a kérelemhez mellékelni kell!***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Gyógyszer(gyógyszer neve/havi adag)(háziorvos, szakorvos tölti ki) | Ft(gyógyszertár tölti ki) | Gyógyszer(gyógyszer neve/havi adag)(háziorvos, szakorvos tölti ki) | Ft(gyógyszertár tölti ki) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Dátum:…………………………………

 **Ph**

……………………………………

 **házi/szakorvos**

Dátum:…………………………………

 **Ph**

……………………………………

 **gyógyszertár aláírása**

**A kérelemhez mellékelni kell:**

A KÉRELMEZŐ ÉS CSALÁDJÁBAN ÉLŐ SZEMÉLYEK RÉSZÉRŐL A KÉRELEM BENYÚJTÁSTÁT MEGELŐZŐ HÓNAP NETTÓ JÖVEDELMÉRŐL SZÓLÓ IGAZOLÁSOKAT:

* munkaviszonnyal rendelkező, illetve GYED-ben részesülő esetében: a munkáltató által kiadott hivatalos igazolást a kérelem beadását megelőző hónap nettó jövedelméről,
* Munkaügyi Központ által, vagy Járási Hivatal által folyósított ellátás esetén: a megállapító határozat fénymásolatát, és a folyósított ellátás nettó összegéről szóló igazolást;
* vállalkozó esetén: a kérelem beadását megelőző 12 havi nettó jövedelemről – tételesen, havi bontásban a könyvelő által kiadott igazolást (vállalkozói tevékenység kezdő időpontjának feltüntetésével) vagy NAV igazolását az előző gazdasági évre vonatkozólag; adóbevallással le nem zártidőszakra vonatkozóan havi bontásban könyvelői igazolása, ennek hiányában a vállalkozó nyilatkozata;
* őstermelő esetén: az őstermelői igazolvány/betétlap fénymásolata, valamint a kérelem beadását megelőző 12 havi nettó átlagjövedelméről szóló igazolást;
* árvaellátás, nyugdíj illetve egyéb nyugdíjszerű ellátás folyósítása esetén a Nyugdíjfolyósító Igazgatóság által küldött összesítő fénymásolata, új ellátás megállapítása esetén az ellátást megállapító határozat
* válóperes végzés, gyermekelhelyezésről szóló bírói egyezség fénymásolatát, a megállapított/fizetendő gyermektartásdíj összegéről megelőző havi szelvényt vagy igazolást (amennyiben válófélben vannak, a házasság felbontására irányuló kereset fénymásolatát);
* állam által megelőlegezett gyermektartásdíj megállapításáról szóló határozatot;
* tankötelezett korhatárt már betöltött gyermek(ek) esetén: a tanuló, hallgatói jogviszony fennállásáról szóló igazolást –ösztöndíj esetén jövedelemnyilatkozatot
* a gyámkirendelő és/vagy a gondnokság alá helyezésről szóló határozat fénymásolatát;
* tartósan beteg állapot fennállása esetén: a magasabb összegű családi pótlék szóló orvosi igazolást,
* amennyiben nem magyar állampolgár, a Magyarországon való tartózkodás jogcímét igazoló irat fénymásolatát;
* egyéb bevétel esetén a kérelmező és családja nyilatkozata a bevétel összegéről

**ÜGYINTÉZŐ TÖLTI KI !!!!**

**Jövedelmi adatok:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Jövedelem típusa | Kérelmező | A családban élő közeli hozzátartozók |
| **1**.Táppénz ,Munkaviszonyból és más foglakoztatási jogviszonyból származó ebből közfoglalkoztatásból származó |  |  |  |  |  |  |
| **2.**Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó |  |  |  |  |  |  |
| **3**.A gyerekek ellátásához és gondozásához kapcsolódó támogatások: GYED,GYES ,GYET,családi pótlék, gyermektartásdíj,árvaellátás |  |  |  |  |  |  |
| **4**.Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátás |  |  |  |  |  |  |
| **5.** Járási Hivatal, Munkaügyi szerv által folyósított ellátások |  |  |  |  |  |  |
| **6.** Egyéb jövedelem |  |  |  |  |  |  |
| **7.**Összes jövedelem |  |  |  |  |  |  |

**Egy főre jutó havi nettó jövedelem……………………………….Ft/hó.**

A kérelemhez csatolni kell a kérelmező, valamint a családban lakó hozzátartozók jövedelem igazolását, erről szóló nyilatkozatát, a kérelem benyújtását megelőző hónapra vonatkozóan.

**Kijelentem, hogy (\***megfelelő rész aláhúzandó)

\*életvitelszerűen a lakóhelyemen vagy a tartózkodási helyemen élek .

A közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Kijelentem, hogy az ellátásra való jogosultság feltételeit érintő lényeges tények, körülmények változásáról 8 napon belül értesítem az ellátást megállapító szervet.

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

Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatok a szociális eljárás során történő felhasználáshoz.

Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt adatok valódiságát a szociális igazgatóságról és ellátásokról szóló 1993. évi III törvény 10.§(7) bekezdése alapján a szociális hatáskört gyakorló szerv-a Nemzeti Adó-és Vámhivatal hatáskörrel és illetékességgel rendelkező adóigazgatósága útján-ellenőrizheti.

Amennyiben közgyógyellátásra való jogosultságot szerzek, azt az Önkormányzatnak 8 napon belül köteles vagyok bejelenteni.

Vámospércs,................év…………….hó……..nap

……………………………………… …….……………………………………..

 kérelmező aláírása kérelmező házastárs/ élettársának aláírása