

**K É R E L E M**  
**Eseti gyógyszer hozzájárulás iránt**

A támogatást kérő neve: \_\_\_\_\_

Születésneve: \_\_\_\_\_

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

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

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: \_\_\_\_\_

Lakóhelye: \_\_\_\_\_

Tartózkodási hely: \_\_\_\_\_

Telefonszám (Nem kötelező megadni!): \_\_\_\_\_

\***Állampolgársága:** magyar állampolgár, bevándorolt, menekült, egyéb  
\***Családi állapota:** egyedülálló(hajadon, nőtlen, özvegy, elvált, vagy házastársától külön él)  
házastársával/élettársával/bejegyzett élettársával lakik együtt  
\* *A megfelelő rész aláhúzandó*

**A kérelmező családjában élők adatai:**

	Név (születési név is)	Szül. hely, év, hó, nap	Anyja neve	Rokoni kapcsolat
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

**6.melléklet a 1/2023 (I.30.) önkormányzati rendelethez**

**JÖVEDELMI ADATOK**

A jövedelmek típusai	A kérelmező jövedelme	Az előző oldalon szereplő a kérelmezővel egy lakásban bejelentett lakó- vagy tartózkodási hellyel rendelkező közeli hozzátartozók havi nettó jövedelme							Forintban összesen
		1. pontban szereplő	2. pontban szereplő	3. pontban szereplő	4. pontban szereplő	5. pontban szereplő	6. pontban szereplő	7. pontban szereplő	
1. Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó ebből: közfoglalkoztatásból származó									
2. Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó									
3. Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások									
4. A gyermek gondozásához kapcsolódó támogatások (GYED), (GYES), (GYET), családi pótlék, gyermektartásdíj, árvaellátás									
5. Önkormányzat, Járási Hivatal és szervei által folyósított rendszeres ellátások									
6. Egyéb jövedelem (különösen: kapott tartás- és ösztöndíj, stb.)									
<b>A család havi nettó jövedelme összesen:</b>									

A család összes havi nettó jövedelme \_\_\_\_\_ Ft, az ez alapján számított egy főre jutó havi nettó jövedelem: \_\_\_\_\_ Ft/hó.

**Az alábbi részt az ügyintéző tölti ki!**

**A jövedelemnyilatkozatot a jövedelemigazolásokkal egyeztette és javította:**

Dátum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ügyintéző aláírása

## NYILATKOZAT

Alulírott büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a jövedelemnyilatkozatban foglalt, illetve az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

\*Alulírott nyilatkozom, hogy életvitelszerűen

lakóhelyemen

tartózkodási helyemen lakom.

\*megfelelő rész aláhúzendó

Alulírott nyilatkozom, továbbá, hogy közgyógyellátásra:

\*jogosult vagyok

\* nem vagyok jogosult.

\*megfelelő aláhúzendó

Tudomásul veszem, hogy a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény (a továbbiakban: Szt.) 10. §. (6) bekezdése alapján, amennyiben a közölt adatok valódiságát az önkormányzat vitatja, felhívására köteles vagyok az általam lakott lakás, illetve saját és a háztartásban lakók tulajdonában álló vagyon fenntartási költségeit igazoló dokumentumok benyújtására.

Nyilatkozom, hogy amennyiben a személyes adataimban változás következik be, azt a Hivatalnak 15 napon belül bejelentem

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 10. § (7) bekezdése alapján: „A szociális hatáskört gyakorló szervek megkeresésére az állami adóhatóság köteles közölni a szociális ellátást igénylő, valamint - írásbeli felhatalmazás alapján - az egy főre jutó havi jövedelem kiszámításánál figyelembe veendő személy személyi jövedelemadójának alapját.”

Tudomásul veszem, hogy a kérelemben foglalt adatok valódiságtartalmának ellenőrzése céljából az önkormányzat - a fenti jogszabályhelyre hivatkozással - megkeresheti az állami adóhatóságot

Kunszentmárton, 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
a kérelmező, vagy törvényes képviselőjének  
aláírása

\_\_\_\_\_  
cselekvőképes hozzátartozók aláírásai

### A kérelemhez mellékelni szükséges iratok:

- A Nyugdíjfolyósító Igazgatóság által a tárgyév elején vagy a nyugdíjjogosultság megállapításának tárgyévben kiadott, az ellátás összegét igazoló iratot; („zöld összesítő és postai csekk, illetve bankszámlakivonat)
- Munkaviszonyból és más foglalkoztatási viszonyból származó jövedelme esetén, a kérelem benyújtását megelőző hónap jövedelméről szóló munkáltatói/foglalkoztatói igazolást;
- Társadalombiztosítás keretében nyújtott ellátások (táppénz) esetén a kérelem benyújtását megelőző hónapban kifizetett ellátást igazoló iratot;
- A Járási Hivatal által folyósított pénzbeli ellátásokról (aktív korúak ellátása, ápolási díj) a Járási Hivatal Hatósági Osztálya vagy a Járási Hivatal Foglalkoztatási Osztálya által kiadott igazolást az ellátás összegéről;
- fenti pontokba nem tartozó jövedelmek esetén egyéb, a jövedelem típusának megfelelő igazolást;

**TÁJÉKOZTATÓ A JÖVEDELEMNYILATKOZAT KITÖLTÉSÉHEZ**

Az ügyintézéshez kérem személyi azonosító okmányait hozza magával!

**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:**

- a házastárs, az élettárs,
- a 20 évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező;
- a 23 évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, nappali oktatás munkarendje szerint tanulmányokat folytató;
- a 25 évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, felsőoktatási intézmény nappali tagozatán tanulmányokat folytató vér szerinti gyermek, örökbe fogadott gyermek mostoha gyermek és a Ptk. szerinti gyermekvédelmi nevelőszülő által e jogviszonya keretében nevelt gyermek kivételével a nevelt gyermek ( a továbbiakban: nevelt gyermek)
- korhatárra való tekintet nélkül a tartósan beteg, autista, illetve a testi, érzékszervi, értelmi vagy beszéd fogyatékos vér szerinti, örökbe fogadott, mostoha,- illetve nevelt gyermek, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt,(a továbbiakban fogyatékos gyermek)
- a 18. életévét be nem töltött gyermek vonatkozásában a vér szerinti és az örökbe fogadó szülő, a szülő házastársa vagy élettársa, valamint a nevelt gyermek, vagy fogyatékos gyermek esetében meghatározott feltételeknek megfelelő testvér

**Egyedül élő:** az a személy, aki egyszemélyes háztartásban lakik.

**Egyedülálló:** az a személy, aki hajadon, nőtlen, özvegy, elvált, vagy házastársától külön él, kivéve, ha élettársa van

**Háztartás:** az egy lakásban együtt lakó, ott bejelentett lakóhellyel, vagy tartózkodási hellyel rendelkező személyek összessége

- Bejelentett lakóhely címeként a személyi igazolványban, lakcímet igazoló hatósági igazolványban szereplő lakóhely, tartózkodási helyként a bejelentett tartózkodási helyet kell feltüntetni.
- Az egy háztartásban lakók jövedelmét személyenként kell feltüntetni.
- A jövedelemnyilatkozatot a kérelmező mellett a családban együtt lakó cselekvőképes személyeknek is alá kell írniuk. Ha az ellátást igénylő vagy a vele közös háztartásban lakó személy nem cselekvőképes, helyette a törvényes képviselője jogosult az aláírásra.

**JAVASLAT GYÓGYSZERTÁMOGATÁSHOZ**

A beteg neve: \_\_\_\_\_

Születési neve: \_\_\_\_\_

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

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

Társadalombiztosítási Azonosító Jele (TAJ): \_\_\_\_\_

Lakóhely: \_\_\_\_\_

Tartózkodási hely: \_\_\_\_\_

**Betegségeinek kezelésére tartósan, és rendszeresen alkalmazandó, gyógyszerek megnevezése**

(Kérjük, hogy a táblázatban ***ne tüntessék fel a*** nem tartós, vagy krónikus betegségekre alkalmazott gyógyszereket illetve gyógyhatású készítményeket!!!pl. fájdalomcsillapítókat, vitaminokat, nem létfontosságú készítményket.)

1	Krónikus betegségre, vagy tartós betegségre állandóan szedett gyógyszer megnevezése:	Havi adagja:
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

Kunszentmárton 20 \_\_\_\_\_

PH.

\_\_\_\_\_  
orvos aláírása

**A gyógyszerár tölti ki!**

**IGAZOLÁS A GYÓGYSZERKÖLTSÉGEKRŐL**

(Kérjük, hogy az igazolásban *ne tüntessék fel a* nem tartós, vagy krónikus betegségekre alkalmazott gyógyszereket illetve gyógyhatású készítmények pl. fájdalomcsillapítók, vitaminok, egyéb nem létfontosságú készítmények árát!!!)

**A beteg neve:** \_\_\_\_\_

**Lakcíme:** \_\_\_\_\_

**Társadalombiztosítási Azonosító Jel:** \_\_\_\_\_

Igazolom, hogy nevezett állandóan szedett gyógyszereinek havi rendszeres gyógyszerköltsége az orvosi javaslatban szereplők szerint havi

\_\_\_\_\_ Ft, azaz \_\_\_\_\_ forint.

Ezen igazolást nevezett kérelmére gyógyszer támogatás jogosultságának elbírálásához adtam ki.

Kunszentmárton, 20\_\_\_\_\_

PH.

\_\_\_\_\_  
**gyógyszertári aláírás**