2. melléklet a 3/2015.(II.27.) önkormányzati rendelethez

Benyújtandó:

**Szentistváni Közös Önkormányzati Hivatal**

**3418 Szentistván, Széchenyi utca 10.**

**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. **Állampolgársága:** magyar / \*bevándorlási, letelepedési engedéllyel rendelkező,

\*hontalan,\* menekültként vagy \*oltalmazottként elismert *( a megfelelő rész aláhúzandó)*

A \* jelöltek esetében a státuszt elismerő határozat száma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

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.)

**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 |
|  s.sz. |  Közeli hozzátartozóneve |  Anyja neve |  Születési helye, ideje (év, hó, nap) |  Társadalom- biztosítási Azonosító Jele |  Családi kapcsolat megnevezése |
| 1. |   |   |   |   |   |
| 2. |   |   |   |   |   |
| 3. |   |   |   |   |   |
| 4. |   |   |   |   |   |
| 5. |   |   |   |   |   |

(**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) a házastárs, élettárs,

b) 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,

c) 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),

d) a 18. életévét be nem töltött gyermek vonatkozásában a vér szerinti és az örökbe fogadó szülő, illetve a szülő házastársa vagy élettársa;)

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

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

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

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

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

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

*A kérelemhez mellékelni kell a gyógyszerkiadások, illetve a betegséghez kacsolódó kiadások igazolására vonatkozó számlát/számlákat!*

**7. Jövedelmi adatok**

A kérelmező, valamint a családban élő közeli hozzátartozóinak a havi jövedelme forintban:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   |  A |  B |  C |
|  s.sz. |  A jövedelem típusa |  Kérelmező |  A családban élő közeli hozzátartozók |
|  1. |  Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó |   |   |   |   |   |   |
|   |  ebből közfoglalkoztatásból származó: |   |   |   |   |   |   |
|  2. |  Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó |   |   |   |   |   |   |
|  3. |  Táppénz, gyermekgondozási támogatások |   |   |   |   |   |   |
|  4. |  Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások |   |   |   |   |   |   |
|  5. |  Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások |   |   |   |   |   |   |
|  6. |  Egyéb jövedelem |   |   |   |   |   |   |
|  7. |  Összes jövedelem |   |   |   |   |   |   |

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

/ A kérelemhez mellékelni kell a jövedelmi adatok táblázat 1-6 pontjaiban feltüntetett jövedelmek valódiságát igazoló iratokat, melyek 30 napnál régebbiek nem lehetnek.)

**8. 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.**

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

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

**kérelmező házastársa/élettársa/**

**bejegyzett élettársa aláírása kérelmező aláírása**