**K É R E L E M**

**gyógyszertámogatás megállapítására**

1.     Személyi adatok

1.1.     A kérelmező személyre vonatkozó adatok:

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

1.1.2.    Születési neve: .........................................................................................................................

1.1.3.    Anyja neve: ..............................................................................................................................

1.1.4.    Születési helye, ideje (év, hó, nap): ..........................................................................................

1.1.5.    Lakóhelye: ................................................................................................................................

1.1.6.    Tartózkodási helye: ..................................................................................................................

1.1.7.    Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....................................................................................

1.1.8.     Állampolgársága: ....................................................................................................................

1.1.9.    Telefonszám (nem kötelező megadni): ....................................................................................

1.2.     A kérelmező családi állapota:

1.2.1.     egyedülálló,

1.2.2.     házastársával/élettársával él együtt.

1.3.     A kérelmezővel azonos lakcímen élő házastársára/élettársára vonatkozó adatok:

1.3.1.    Neve: ........................................................................................................................................

1.3.2.    Születési neve: ..........................................................................................................................

1.3.3.    Anyja neve: ..............................................................................................................................

1.3.4.    Születési helye, ideje (év, hó, nap): ..........................................................................................

1.3.5.    Lakóhelye: ................................................................................................................................

1.3.6.    Tartózkodási helye: ..................................................................................................................

1.3.7.    Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....................................................................................

1.4.     A kérelmezővel azonos lakcímen élő, eltartott gyermekek száma összesen: .................. fő

1.5. A kérelmezővel azonos lakcímen élő gyermekekre vonatkozó adatok:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | A | B | C | D | E |
| Név(ha eltérő, születési neve is) | Anyja neve | Születés helye, ideje(év, hó, nap) | Társadalom-biztosítási Azonosító Jele | azon oktatási intézmény megnevezése, ahol tanul |
| 1.5.1. |   |   |   |   |   |
| 1.5.2. |   |   |   |   |   |
| 1.5.3. |   |   |   |   |   |
| 1.5.4. |   |   |   |   |   |
| 1.5.5. |   |   |   |   |   |
| 1.5.6. |  |  |  |  |  |
| 1.5.7. |  |  |  |  |  |
| 1.5.8. |  |  |  |  |  |

2.     Jövedelmi adatok

A kérelmező, valamint házastársa (élettársa) és a velük egy háztartásban élő gyermekeik havi jövedelme, forintban:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|   | A | B | C | D |
|   | A jövedelem típusa | Kérelmező | Házastárs,élettárs | Gyermekek |
| havi jövedelme (forint) |
| 2.1. | Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származóebből: közfoglalkoztatásból származó |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
| 2.2. | Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó |   |   |   |   |   |   |   |
| 2.3. | Táppénz, gyermekgondozási támogatások |   |   |   |   |   |   |   |
| 2.4. | Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások |   |   |   |   |   |   |   |
| 2.5. | Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások |   |   |   |   |   |   |   |
| 2.6. | Egyéb jövedelem |   |   |   |   |   |   |   |
| 2.7. | Összes jövedelem |   |   |   |   |   |   |   |

3.    Jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok:

3.1. A gyógyszertár által, a nevemre kiállított 30 napnál nem régebbi számla/számlák összege: ………..………………….

4.    Nyilatkozatok

4.1.     Tudomásul veszem, hogy

4.1.1.     a szociális hatáskört gyakorló szerv – az állami adóhatóság útján – ellenőrizheti a kérelemben közölt jövedelmi adatok valódiságát,

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

4.3.     *(A kérelmező részéről:)*

    Felelősségem tudatában kijelentem, hogy

4.3.1.\*    életvitelszerűen a lakóhelyemen/a tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzandó),

4.3.2.     a családomban élő közeli hozzátartozóként feltüntetett személyek életvitelszerűen az enyémmel megegyező lakcímen élnek,

4.3.3.    a kérelemben közölt adatok a valóságnak megfelelnek,

4.3.4. érvényes közgyógyellátási igazolvánnyal nem rendelkezem

**Kelt: .....................................................................**

|  |  |
| --- | --- |
| **.....................................................** | **.....................................................** |
| **kérelmező aláírása** | **nagykorú hozzátartozók aláírása** |