4. melléklet a 14/2021. (IX. 30.) önkormányzati rendelethez.

**KÉRELEM GYÓGYSZERTÁMOGATÁS IRÁNT**

***1. A kérelmező személyre vonatkozó adatok:***

1.1. Neve: .................................................................................................................................

1.2. Születési neve: ..................................................................................................................

1.3. Anyja neve: .......................................................................................................................

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

1.5. Lakóhelye: .........................................................................................................................

1.6. Tartózkodási helye: ...........................................................................................................

1.7. Társadalombiztosítási Azonosító Jele: ..............................................................................

1.8. Állampolgársága: ...............................................................................................................

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

1.10. A kérelmező idegenrendészeti státusza (nem magyar állampolgárság esetén):

1.10.1. □ szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, vagy

1.10.2. □ EU kék kártyával rendelkező, vagy

1.10.3. □ bevándorolt/letelepedett, vagy

1.10.4. □ menekült/oltalmazott/hontalan.

***2. A megállapítás jogcímére és a jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok***

Kérem a gyógyszertámogatás megállapítását, jövedelmi helyzetemre és a magas gyógyszerköltségemre tekintettel.

***3. A család tagjaira és jövedelmükre vonatkozó adatok***

3.1. A kérelmező családi állapota:

3.1.1. □ egyedül élő,

3.1.2. □ nem egyedül élő.

3.2. A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók adatai

3.2.1. A kérelmező családjában, a kérelmezővel azonos lakcímen élő közeli hozzátartozók száma:

 ......... fő.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |  A |  B |  C |  D |  E |  F |
|  1. |  Közeli hozzátartozó neve (születési neve) |  Anyja neve |  Születési helye, ideje (év, hó, nap) |  Társadalom- biztosítási Azonosító Jele |  Családi kapcsolat megnevezése |  Megjegyzés\* |
|  2. |   |   |   |   |   |   |
|  3. |   |   |   |   |   |   |
|  4. |   |   |   |   |   |   |
|  5. |   |   |   |   |   |   |
|  6. |   |   |   |   |   |   |

3.3. Jövedelmi adatok

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   |  A |  B |  C |
|  1. |  A jövedelem típusa |  Kérelmező |  A családban élő közeli hozzátartozók |
|  2. |  Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó  |   |   |   |   |   |   |
|   |  ebből közfoglalkoztatásból származó: |   |   |   |   |   |   |
|  3. |  Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó |   |   |   |   |   |   |
|  4. | Táppénz, gyermekgondozási támogatások |   |   |   |   |   |   |
|  5. |  Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások |   |   |   |   |   |   |
|  6. |  Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások |   |   |   |   |   |   |
|  7. |  Egyéb jövedelem |   |   |   |   |   |   |
|  8. |  Összes jövedelem |   |   |   |   |   |   |

***4. Nyilatkozatok***

4.1. Kijelentem, hogy

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

4.1.2. a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

4.2. Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt adatok valódiságát a szociális igazgatásról és szociális 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.

4.3. Kijelentem, hogy az ellátásra való jogosultság feltételeit érintő lényeges tények, körülmények megváltozásáról 8 napon belül értesítem a JEGYZŐT.

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

Kelt: Jászszentlászló ...............év.........................hó .................nap

|  |  |
| --- | --- |
|  ................................................................... |  .................................................................. |
|  kérelmező aláírása |  kérelmező házastársának/élettársának aláírása |