KÉRELEM

a gyógyszertámogatás megállapítására

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

|  |  |
| --- | --- |
|  Kérelmező neve (születési név is) |   |
|  Anyja neve |   |
|  Születési helye, ideje |   |
|  Társadalombiztosítási Azonosító Jel (TAJ szám) |   |
|  Állampolgársága  |  magyar  |
|  (A megfelelő rész aláhúzandó) |  szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, v. EU kék kártyával rendelkező, v. bevándorolt/letelepedett, v. menekült/oltalmazott/hontalan  |
|  Lakóhely |   |
|  Tartózkodási hely |   |
|  Értesítési és utalási cím |   |
|  Fizetési számlaszám (akkor kell megadni, ha a folyósítást fizetési számlára kéri) |   |
|  Telefonszám, e-mail cím (nem kötelező adat) |   |

**II. A közeli hozzátartozókra és jövedelmükre vonatkozó adatok**

1. **A kérelmező családi állapota:**

* egyedülálló (hajadon, nőtlen, özvegy, elvált vagy házastársától külön él, kivéve, ha élettársa van)
* házastársával / élettársával él együtt

**2. A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók adatai**

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

......... fő.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  Név |  Születési hely, idő |  Anyja neve |  Rokoni fok |  Társadalombiztosítási Azonosító Jel (TAJ szám)  |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |

**3. Jövedelmi adatok**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   |  A |  B |  C  |
|   |  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 járási munkaügyi szervek által folyósított ellátások |   |   |   |   |   |   |
|  6. |  Egyéb jövedelem |   |   |   |   |   |   |
|   |  Összes jövedelem |   |   |   |   |   |   |

**III. Nyilatkozatok**

Kijelentem, hogy

1. életvitelszerűen a lakóhelyemen/a tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzandó), (Ezt a nyilatkozatot csak abban az esetben kell megtenni, ha egyidejűleg bejelentett lakó- és tartózkodási hellyel is rendelkezik.)
2. a családomban élő közeli hozzátartozóként feltüntetett személyek életvitelszerűen az enyémmel megegyező lakcímen élnek,
3. a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.
4. 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.
5. Kijelentem, hogy az ellátásra való jogosultság feltételeit érintő lényeges tények, körülmények megváltozásáról 15 napon belül értesítem az ellátást megállapító szervet.
6. Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához, továbbá nyilvántartásban történő rögzítéshez.
7. Alulírott/ak hozzájárulok, hogy a megadott adataimat az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény, az Európai Parlament és Tanács (EU) 2016/679 rendelete (GDPR) szerint és az adatvédelmi szabályzat szerint kezeljék.

Kelt: .......................................

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

Kijelentem, hogy a települési támogatás megállapítása iránti **kérelmemnek teljes egészében helyt adó döntés elleni fellebbezési jogomról lemondok.** *(Nemleges válasz esetén kérjük a szövegrészt áthúzással törölni!)*

Hévíz, 20..... év......................hó ......nap

|  |  |
| --- | --- |
|  ........................................... |  ............................................  |
|  nagykorú hozzátartozó aláírása |  kérelmező aláírása  |