**Hévíz Város Önkormányzat Képviselő-testületének**

**15/2014. (III. 27.) önkormányzati rendelete**

**a humán papilloma vírus elleni védőoltás támogatásáról**

# Hévíz Város Önkormányzat Képviselő-testülete a szociális igazgatásról szóló 1993. évi III. törvény 1. § (2) bekezdésében és 26. §-ában kapott felhatalmazás alapján, Magyarország Alaptörvénye 32. cikk (1) bekezdés a) pontjába foglalt feladatkörében eljárva a következőket rendeli el:

**1. A rendelet hatálya**

**1. §** A rendelet hatálya kiterjed Hévíz Város közigazgatási területén lakcímmel rendelkező és életvitelszerűen a törvényes képviselővel közös háztartásban élő, a védőoltás kérésének évében 12 - 13. életévüket betöltő leánygyermekekre.

**2. A védőoltás támogatásának feltételei**

**2. §** (1) A törvényes képviselő kérelmére természetbeni juttatásként, térítésmentesen biztosított a leánygyermekek human papilloma vírus (a továbbiakban: HPV) elleni védőoltásának mindhárom vakcinája.

(2) Támogatásra jogosultak azok a leánygyermekek, akiknek a törvényes képviselője a kérelmet a jogvesztő határidőn belül benyújtotta és az oltáshoz írásban hozzájárult.

**3. A támogatás megállapítása**

**3. §** (1) A támogatás kezdeményezésére irányuló kérelmet a rendelet *1. mellékletében* meghatározott formanyomtatványon április 30. napjáig kell a Hévízi Polgármesteri Hivatal részére benyújtani.

(2) A támogatás megállapításáról a polgármester dönt.

**6. Záró rendelkezések**

**4. §** (1) A rendelet 2014. április 1. napján lép hatályba és 2014. december 31. napján hatályát veszti.

(2) A rendelet hatálybalépésével egyidejűleg hatályát veszti a szociális ellátásokról szóló 7/2007. (III. 28.) önkormányzati rendelet 20/A. §-a, valamint az azt megelőző cím.

Hévíz, 2014. március 26.

dr. Tüske Róbert Papp Gábor

jegyző polgármester

A rendelet kihirdetve:

Hévíz, 2014. március 27-én.

dr. Tüske Róbert

jegyző

*1. melléklet a 15/2014. (III.27.) önkormányzati rendelethez*

**Kérelem**

**A human papilloma vírus elleni védőoltás igényléséhez**

|  |  |
| --- | --- |
| **Beoltandó gyermekre vonatkozó adatok** | |
| Családi és utóneve:  Születési neve: |  |
| Anyja neve: |  |
| Születési hely, születési idő: |  |
| Lakcím: | 8380 Hévíz, |
| TAJ szám: |  |
| A gyermek házi gyermekorvosának neve:  Címe: |  |

**Törvényes képviselők adatai**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Családi és utóneve:  Születési neve: |  |  |
| Anyja neve: |  |  |
| Születési hely, születési idő: |  |  |
| Családi állapot: |  |  |
| Lakcím: |  |  |
| Telefonszám |  |  |

**Alulírott törvényes képviselő(k) aláírásommal igazolom és engedélyezem, hogy gyermekem a human papilloma vírus elleni védőoltás programban részt vegyen és védőoltást kapjon.**

**Tudomásul veszem, hogy a három oltást a gyermekorvos által megadott időpontokban, fél év alatt kapja meg gyermekem. A védettség csak a három oltást követően biztosított, ezért vállalom, hogy figyelemmel kísérem a teljes oltási sor beadását és vállalom, hogy mindhárom részoltás beadásra kerül.**

A tájékoztatót a méhnyakrákról átvettem és a nyilatkozat aláírása előtt megismertem.

Jelen nyilatkozat aláírásával egyben hozzájárulok, hogy a kérelmen megadott adatok kizárólag a védőoltások biztosításának céljából felhasználhatóak. A megadott adatok bizalmasan kezelendők, harmadik fél számára, csak az érintett engedélyével adhatók ki.

Hévíz, …… év…………………..hó……nap

……………………………………. ……..……………………………

törvényes képviselő törvényes képviselő

**A programban történő részvételre való jelentkezés jogvesztő határideje: április 30.**

**A kérelemhez mellékelni kell:**

1. a) ha egy szülő látja el a gyermek törvényes képviseletét, az erről szól hivatalos dokumentumokat (pl. bírósági ítélet, gyámhatósági határozat, születési/halotti anyakönyvi kivonat stb.)

1. b) ha az egy szülő akadályoztatva van képviseleti jogának gyakorlásában, az eljárásra képes szülő meghatalmazásáról szóló közokiratot vagy teljes bizonyító erejű magánokiratot.