

**KÉRELEM**  
**gyógyszertámogatás megállapításához**

Gyógyszertámogatás formája: eseti\* (akut betegség)

rendszeres\* (krónikus betegség)

1. A kérelmező személyre vonatkozó adatok:

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, év, hó, nap: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

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

2. A közeli hozzátartozókra és jövedelmükre vonatkozó adatok:

2.1. A kérelmező családi körülménye:

2.1.1.  egyedül élő

2.1.2.  nem egyedül élő

2.2. A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók adatai

2.2.1. A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók száma:.....fő.

Közeli hozzátartozó neve (születési neve)	Családi kapcsolat megnevezése	Születési helye, év, hónap, nap	Megjegyzés*

\* Ebben az oszlopban kell feltüntetni, ha  
- a 20 évesnél fiatalabb gyermek nem jár oktatási intézménybe, de önálló keresettel még nem rendelkezik,  
- életkortól függetlenül a gyermek tartós betegségének vagy fogyatékoságának fennállását, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt.

### 3.3. Jövedelmi adatok

A kérelmező, és a családban élő közeli hozzátartozóinak havi jövedelme forintban

A jövedelem típusa	Kérelmező	A családban élő közeli hozzátartozók				
1. Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó						
2. Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó						
3. Alkalmi munkavégzésből 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						

Egy főre eső jövedelem: \_\_\_\_\_ Ft.

Igazolt havi gyógyszerköltség: \_\_\_\_\_ Ft.

#### 4.3. Kijelentem, hogy

4.3.1. életvitelszerűen a lakóhelyemen vagy a tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzendó), 4.3.2. a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

4.4. Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt adatok valóságát 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.

4.5. Kijelentem, hogy az ellátásra való jogosultság feltételeit érintő lényeges tények, körülmények megváltozásáról 15 napon belül értesítem az ellátást megállapító szervet.

4.6. Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához, továbbá a közgyógyellátási nyilvántartásban szereplő adatoknak a közgyógyellátás információs rendszerében történő felhasználásához.

Kelt:.....

.....  
kérelmező aláírása

.....  
kérelmező házastársának/élettársának aláírása