

SZIGETVÁRI POLGÁRMESTERI HIVATAL
KÖZIGAZGATÁSI OSZTÁLY



H-7900 Szigetvár, Zrínyi tér 1.
Telefon: (36) 73/514-330 , Fax: 73/514-349
e-mail: kozig@szigetvar.hu

Gyógyszertámogatás

Szigetvár Város Önkormányzata Képviselő-testületének 3/2015. (II.26.) Önkormányzati rendelete

Kérelmező adatai:

Név:

Születési név:

Születési hely, idő:

Anyja neve:

Állandó lakcíme:

Tartózkodási helye:

Lakcímkártya száma:

Telefonszám:

E-mail cím:

TAJ szám:

Adóazonosító szám:

Állampolgársága: 1. Magyar 2. külföldi, mégpedig:
3. bevándorolt 4. menekült
5. egyéb:

Állampolgárságot igazoló okmány (szem.ig.szám)

Jogosultság esetén a támogatás utalását:

- postai úton kérem
- folyószámlára kérem, számlaszám:

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy saját, valamint a velem közös háztartásban élő hozzátartozóim jövedelme az alábbi:

Család létszáma:fő	Kérelmező	Házastárs, élettárs	Gyermek	Szülő, nagyszülő	Egyéb hozzátartozó
Munkaviszonyból, illetve munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyból származó jövedelem és táppénz					
Társas és egyéni vállalkozásból származó jövedelem					
Nyugellátás, nyugdíjszerű ellátás: öregségi nyugdíj, rendszeres szoc.járadék, árvaellátás, stb.					
A gyermek ellátásához és gondozásához kapcsolódó támogatások: GYED, GYES, GYET, családi pótlék, gyermektartásdíj, stb.					
Járási hivatal és munkaügyi szerv által folyósított rendszeres pénzbeli ellátás: álláskeresői járadék, illetve támogatás, rendszeres szociális segély, ápolási díj, stb.					
Földbérbeadásból származó jövedelem					
Egyéb jövedelem					
Összes havi jövedelem					
Egy főre jutó jövedelem					

A rendkívüli települési támogatás iránti kérelmemet elbírálni szíveskedjenek.

Szigetvár, 20.. év hónap nap

.....
kérelmező aláírása

KÉRELMEHEZ CSATOLNI KELL az alábbi iratokat:

- az Ön, valamint a háztartásában élő személyeknek a kérelem benyújtását **megelőző hónap nettó jövedelméről** szóló igazolás. A jövedelmekről a típusának megfelelő igazolást, vagy annak fénymásolatát (munkabér esetén munkáltatói igazolás, családi pótlék, tartásdíj, ösztöndíj összegét igazoló csekkszelvény vagy bankszámlakivonat stb.), munkaviszonnyal nem rendelkező(k) esetében hatósági bizonyítvány,
- nyugdíj illetve nyugdíjszerű ellátás esetén a Nyugdíjfolyósító Igazgatóság által a tárgyév elején megküldött elszámolási lapot kérjük csatolni.
- Amennyiben nyugellátását, jövedelmét letiltás terheli, a letiltás jogcímét és összegét igazolni kell.
- Vállalkozásból származó jövedelem esetén a kérelem benyújtását megelőző 12 hónap alatt szerzett jövedelem egyhavi átlagáról szóló könyvelői igazolás, valamint a Nemzeti Adó- és Vámhivatal által kiállított jövedelemigazolás,
- a fogyatékosági támogatásra, illetve az emelt összegű családi pótlékra való jogosultság igazolása,
- házasság felbontása esetén a válóperi és gyermek elhelyezési bírói határozat.
- A közgyógyellátás elutasításáról szóló, 30 napnál nem régebbi határozat.
- A havi rendszerességgel szedett gyógyszerköltségről az 1. melléklet szerinti igazolás, továbbá a házi orvos számítógépes igazolása a kérelem benyújtását közvetlenül megelőző három hónapban felírt rendszeres gyógyszerekről és azok egyhavi költségéről,
- lakcímet igazoló okmány.

**Igazolás a gyógyszerköltségről
(házi orvos/szakorvos tölti ki)**

1. Személyes adatok:

Név:.....
 Születési helye, ideje:.....
 Anyja neve:
 Lakóhely:
 TAJ szám:

2. Havi gyógyszerköltségre vonatkozó adatok:

Igazolom, hogy nevezett részére betegségei miatt havi rendszerességgel az alábbi gyógyszerek szedése javasolt, azaz a havi rendszeres gyógyító ellátás költségének mértéke:

Házi orvos/szakorvos által javasolt gyógyszer neve:	Gyógyszer havi mennyisége (doboz)	Gyógyszer havi költsége: *
Összesen:	 Ft

(*-gal jelölt oszlopot a gyógyszerár tölti ki.)

Ezen igazolást nevezett kérelmére gyógyszer támogatásra való jogosultságának elbírálása céljából adtam ki.

Szigetvár,

házi orvos/szakorvos aláírása
pecsét

gyógyszerár aláírása
pecsét