

KÉRELEM
GYÓGYSZERTÁMOGATÁSHOZ VALÓ JOGOSULTSÁG MEGÁLLAPÍTÁSÁRA

1. A kérelmező személyes adatai

Neve:
Születési neve:
Anyja neve:
Születési hely, év, hó, nap:
Lakóhely:
Tartózkodási hely:
Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Kérelmező családjában élők személyi adatai:

	A	B	C	D
	Név (születési név)	Születési helye, ideje (év, hó, nap)	Anyja neve	Társadalombiztosítási Azonosító Jele
1.				
2.				
3.				

2. Jövedelmi adatok

A kérelmező, valamint a vele egy háztartásban élő közeli hozzátartozói havi jövedelme forintban:

	A	B	C			
	A jövedelem típusa	Kérelmező	A kérelmezővel közös háztartásban élő további személyek			
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 munkaügyi szervek által folyósított ellátások					
6.	Egyéb jövedelem					
7.	Összes jövedelem					

3. Nyilatkozatok

Kijelentem, hogy

életvitelszerűen a lakóhelyemen/a tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzendó),

a közölt adatok a valóságnak megfelelnek; a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 50. § (1) (2) bekezdései alapján a Járási Hivatal közgyógyellátásra való jogosultságot nem állapított meg részemre, illetve arra vonatkozóan kérelmet nem nyújtottam be.

Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt jövedelmi 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.

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

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

Záhony, 20__ év _____ hó ____ nap

.....
kérelmező aláírása

.....
kérelmező házastársának/élettársának aláírása

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

Záhony, 20__ év _____ hó ____ nap

.....
kérelmező aláírása

.....
kérelmező házastársának/élettársának aláírása

2. A házi orvosra, szakorvosra vonatkozó adatok és nyilatkozata

Az orvos neve:

Személy-specifikus orvosi bélyegzőjének száma:

Ágazati azonosító:

ÁNTSZ engedély száma:

Rendelő/munkahely neve, címe, telefonszáma:

Kijelentem, hogy az igazolásban feltüntetett gyógyító ellátásra vonatkozó szükséglet kizárólag a gyógyszer-támogatást igénylő személy orvosi dokumentációjában igazolt kezelése alapján került megállapításra.

Dátum:

P. H.

.....
orvos
aláírása

3. Gyógyszertárra vonatkozó adatok:

Gyógyszertár elnevezése, címe:

Címe, telefonszáma:

Gyógyszertárat működtető gazdasági szervezet neve:

OEP kódja:

Gyógyszertár vezetője:

A gyógyszer-tár vezetőjeként kijelentem, hogy a kérelmező által havi rendszerességgel, **legalább 6 hónapig szedett gyógyszerek társadalombiztosítási támogatással csökkentett havi költsége:.....Ft - azaz** forint.

Dátum:

P. H.

.....
gyógyszertár vezetőjének
aláírása