

 <p style="text-align: center;">Érd Megyei Jogú Város Polgármesteri Hivatala Humán-szolgáltatási Főosztály Szociális és Egészségügyi Osztály</p>	Érkezett:
	Átvételi elismervény száma:
	Átvevő:
	Ügyintéző:
	Előirat:

K É R E L E M

Gyógyszerkiadásokhoz, gyógyászati segédeszközök viseléséhez nyújtott települési támogatás megállapítására

A kérelmezőre vonatkozó adatok:

Személyes adatok
Neve:
Születési neve:
Anyja neve:
Születési hely, idő (év, hó, nap):
Lakóhelye:
Tartózkodási helye:
Társadalombiztosítási Azonosító Jele: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Állampolgársága:
Telefonszám (nem kötelező megadni):

A kérelmező idegenrendészeti státusza (nem magyar állampolgárság esetén):

<input type="checkbox"/> huzamos tartózkodási jogosultság, vagy
<input type="checkbox"/> menekült/oltalmazott/hontalan.

A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozó **házastárs/élettárs** adatai:

Személyes adatok
Neve:
Születési neve:
Anyja neve:
Születési hely, idő (év, hó, nap):
Lakóhelye:
Tartózkodási helye:
Társadalombiztosítási Azonosító Jele: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Állampolgársága:
Telefonszám (nem kötelező megadni):

Érd Megyei Jogú Város Polgármesteri Hivatala **Humán-szolgáltatási Főosztály** 2030 Érd, Budai út 8.
 Ügyfélfogadási idő: hétfő: 13⁰⁰ - 17³⁰ óráig, szerda: 8⁰⁰ - 12⁰⁰ óráig, 13⁰⁰ -16³⁰ óráig
 Érd Megyei Jogú Város Polgármesteri Hivatal **Ügyfélszolgálat** 2030 Érd, Alsó utca 3.
 Ügyfélfogadási idő: hétfő: 8⁰⁰-12⁰⁰ óráig, 13⁰⁰-17³⁰ óráig, kedd-csütörtök: 8⁰⁰ - 12⁰⁰ óráig, 13⁰⁰-16³⁰ óráig
 péntek: 8⁰⁰ – 13⁰⁰ óráig

A kérelmező családjában, a kérelmezővel azonos lakcímen élő közeli hozzátartozó **személyekre és jövedelmükre vonatkozó adatok:**

	A	B	C	D
	Név	Születési helye, ideje	Anyja neve	TAJ
1.				
2.				
3.				
4.				

A kérelmezőnek valamint családjában élő személyeknek a kérelem benyújtását megelőző hónap havi nettó jövedelme forintban:

	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 állami foglalkoztatási szerv által folyósított rendszeres pénzbeli ellátások						
6	Egyéb jövedelem						
7	Összes jövedelem						
	Egy főre jutó jövedelem						

NYILATKOZATOK:

Kijelentem, hogy

- életvitelszerűen a lakóhelyemen/a tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzendó), *
- településszintű lakóhellyel rendelkezem [akkor kell aláhúznia, ha az Ön lakóhelyeként a polgárok személyi adatainak és lakcímének nyilvántartásában csak a bejelentett település neve (a fővárosban a kerület megjelölése) szerepel],
- a jelen kérelemben a családban élő közeli hozzátartozóként feltüntetett személyek életvitelszerűen az enyémmel megegyező lakcímen élnek,

Nyilatkozom, hogy közgyógyellátásban

részesülök – nem részesülök (a megfelelő választ kérem aláhúzni)

- a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

(* Ezt a nyilatkozatot csak abban az esetben kell megtennie, ha Ön egyidejűleg bejelentett lakó- és tartózkodási hellyel is rendelkezik.)

Tudomásul veszem, hogy a szociális hatáskört gyakorló szerv - az állami adóhatóság útján - ellenőrizheti a kérelemben közölt jövedelmi adatok valóságát.

Köteles vagyok a feltüntetett adatokban bekövetkezett változást 15 napon belül, valamint a más rendszeres pénzellátás megállapítására irányuló eljárás indítását 8 napon belül bejelenteni az eljáró hatóságnak.

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

A jövedelemnyilatkozatban szereplő adatokra vonatkozó bizonyítékokat csatolom.

Az ellátásokra való jogosultság elbírálásához a kérelmező köteles a maga, valamint az e rendeletben meghatározott személyek személyi adatairól, jövedelmi viszonyairól nyilatkozni, valamint az ezekre vonatkozó bizonyítékokat csatolni.

Az általános közigazgatási rendtartásról szóló 2016. évi CL. törvény (továbbiakban: Ákr.) 6.§ értelmében:

(1) Az eljárás valamennyi résztvevője **köteles jóhiszeműen** eljárni és a többi résztvevővel együttműködni.

(2) Senkinek a magatartása **nem irányulhat a hatóság megtévesztésére** vagy a döntéshozatal, illetve a végrehajtás indokolatlan késleltetésére.

Az Ákr. 64. § (2) bekezdése szerint, ha az ügyfél vagy képviselője más tudomása ellenére az **ügy szempontjából jelentős adatot valótlanul állít vagy elhallgat**, illetve ha a kötelező adatszolgáltatás körében az adatszolgáltatási kötelezettségét nem teljesíti, eljárási bírsággal sújtható.

Dátum:

_____ **kérelmező aláírása**

A kérelemhez minden esetben mellékelni kell:

- a kérelmező és a családjában élő közeli hozzátartozók, a kérelem benyújtását megelőző hónap jövedelmének hitelt érdemlő igazolását,
- gyógyszervásárlás igazolt költségét, (számla)
- a gyógyászati segédeszköz beszerzéséhez igényelt támogatás esetén a szakorvos igazolását, valamint a forgalmazók által, a jogosult nevére kiállított számlát,
- Közgyógyellátásban részesülő személy esetén igazolás arról, hogy az orvos által felírt gyógyszer közgyógyellátásra nem adható.

IV. Gyógyszertár igazolása

Kérelmező tölti ki:

A jogosult neve:

Születési idő:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: - -

Közgyógyellátási igazolvány sorszáma:.....

A közgyógyellátási jogosultság kezdetének időpontja:.....

A közgyógyellátási jogosultság lejártának időpontja:.....

Gyógyszertár tölti ki:

Nevezett közgyógyellátási igazolvánnyal rendelkezik (kérem, hogy jelölje meg):

- igen
- nem

A érvényes közgyógyellátási igazolvánnyal rendelkező személy esetén a közgyógyellátásra nem adható gyógyszervásárlás igazolt költsége:

.....,- Ft

Érvényes közgyógyellátási igazolvánnyal nem rendelkező személy esetén a gyógyszervásárlás igazolt költsége:

.....,- Ft

Kelt: Érd,

.....

gyógyszerész aláírása/ P.H.

Jogosultsági feltétel: közgyógyellátásban részesülő személy részére csak abban az esetben állapítható meg a gyógyszerátogatás, ha a kérelmező igazolja, hogy az orvos által felírt gyógyszer közgyógyellátásra nem adható.

NYILATKOZATOK

Nyilatkozat gyermektartásdíjról:

Név: _____ lakcím: _____
szám alatti lakos büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy gyermeke (i) m édesapjától/
édesanyjától külön élek.

Gyermektartásdíjban **részesülök / nem részesülök** (Kérjük aláhúzással jelölni)

Amennyiben részesülök annak összege: _____,-Ft/gyermek/hó, azaz
összesen: _____ Ft/ hó.

Amennyiben nem részesülök ennek oka: _____

Dátum: _____

aláírás

Nyilatkozat munkahellyel nem rendelkező esetén (kérelmező):

_____ név /szül.: _____ év _____ hó _____ nap
büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy rendszeres jövedelemmel nem rendelkezem.

Jövedelem a kérelem benyújtását megelőző 12 hónap alatt összesen: _____,- Ft
és **ennek egyhavi átlaga:** _____,- Ft

Dátum: _____

aláírás

Nyilatkozat munkahellyel nem rendelkező esetén (kérelmező házastársa / élettársa):

_____ név /szül.: _____ év _____ hó _____ nap
büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy rendszeres jövedelemmel nem rendelkezem.

Jövedelem a kérelem benyújtását megelőző 12 hónap alatt összesen: _____,- Ft
és **ennek egyhavi átlaga:** _____,- Ft

Dátum: _____

aláírás

Munkahelyi igazolás

Kérelmező

Munkahely neve: _____

Munkahely címe: _____

Igazolom, hogy _____ (sz. _____
an: _____) nevű munkavállalónk _____ év _____ hó
_____ nap óta áll alkalmazásunkban.

Munkáját a dolgozó napi _____ órában végzi.

(Kérjük feltüntetni GYÁS, GYED, GYES kezdő időpontját: _____ év _____ hó _____ nap.

Megszűnésének várható idejét: _____ év _____ hó _____ nap.)

A kérelem benyújtását megelőző hónap nettó keresete: _____, - Ft

A levonásra kerülő havi gyermektartásdíj: _____, - Ft

A kérelem benyújtását megelőző egyéb rendszeres havi nettó juttatás: _____, -Ft

Egyéb nem havi rendszeres juttatás a megelőző 12 hónapban: _____, -Ft és

annak egyhavi átlaga: _____, -Ft.

Dátum _____

Munkáltató aláírása/P.H.

Munkahelyi igazolás

Kérelmező házastársa/élettársa

Munkahely neve: _____

Munkahely címe: _____

Igazolom, hogy _____ (sz. _____
an: _____) nevű munkavállalónk _____ év _____ hó
_____ nap óta áll alkalmazásunkban.

Munkáját a dolgozó napi _____ órában végzi.

(Kérjük feltüntetni GYÁS, GYED, GYES kezdő időpontját: _____ év _____ hó _____ nap.

Megszűnésének várható idejét : _____ év _____ hó _____ nap.)

A kérelem benyújtását megelőző hónap nettó keresete: _____, - Ft

A levonásra kerülő havi gyermektartásdíj: _____, - Ft

A kérelem benyújtását megelőző egyéb rendszeres havi nettó juttatás: _____, -Ft

Egyéb nem havi rendszeres juttatás a megelőző 12 hónapban: _____, -Ft és

annak egyhavi átlaga: _____, -Ft.

Dátum _____

Munkáltató aláírása/P.H.