|  |  |
| --- | --- |
|  **Algyő Nagyközség Polgármesteri Hivatal** **Igazgatási és Szociális csoport**6750 Algyő, Kastélykert u. 40. Tel: 517-517 | **IG-Gyógy**www.algyo.huA beérkezés dátuma: 20\_\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ügyintéző aláírása: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**KÉRELEM**

**Gyógyszerköltséghez és egyéb egészségüggyel kapcsolatos szolgáltatások igénybevételéhez nyújtható települési támogatás megállapításához**

*I. A kérelmező személyére vonatkozó adatok*

1. *A kérelmező személyére vonatkozó adatok*

Neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Születési neve:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anyja neve:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Születési hely, év, hó, nap: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_\_nap.

Lakóhely: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ irányítószám \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ település, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ u. \_\_\_ hsz. \_\_\_ em. \_\_\_ a.

Tartózkodási hely: \_\_\_\_\_\_\_\_ irányítószám \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ település, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ u. \_\_\_ hsz. \_\_\_ em. \_\_\_ a.

TAJ száma:🞎🞎🞎 🞎🞎🞎 🞎🞎🞎 Adóazonosító jel:🞎🞎🞎🞎🞎🞎🞎🞎

Telefonszám (nem kötelező megadni): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fizetési számlaszám (akkor kell megadni, ha a folyósítást fizetési számlára kéri):

 🞎🞎🞎🞎🞎🞎🞎🞎-🞎🞎🞎🞎🞎🞎🞎🞎-🞎🞎🞎🞎🞎🞎🞎🞎

A fizetési számlát vezető pénzintézet neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. A Járási Hivatalhoz benyújtott közgyógyellátás iránti kérelem elutasító határozatának száma, kelte, jogerőre emelkedés dátuma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*II. A közeli hozzátartozókra és jövedelmükre vonatkozó adatok*

1.A kérelmező családi körülménye:

🞎 egyedül élő,

🞎 nem egyedül élő

2. A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók adatai

A kérelmező családjában, a kérelmezővel azonos lakcímen élő közeli hozzátartozók száma: \_\_\_\_\_\_\_\_

fő.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | A | B | C | D | E | F | G |
|  | Közeli hozzátartozó neve(születési neve) | Anyja neve | Születési helye, ideje (év, hó, nap) | Társadalom-biztosítási Azonosító Jele | Családi kapcsolat megnevezése | Közeli hozzátartozó születési | Megjegyzés\* |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |

\*Ebben az oszlopban kell feltüntetni, ha

a.) a 20 évesnél fiatalabb gyermek nem jár oktatási intézménybe, de önálló keresettel még nem rendelkezik,

b.) életkortól függetlenül a gyermek tartós betegségének vagy fogyatékosságának fennállását, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt.

3. A kérelmező, valamint a vele egy háztartásban élők jövedelme

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| A jövedelem típusa | Kérelmező | Házastársa(élettársa) | Gyermekei |
| 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 |  |  |  |  |  |  |

*III. Nyilatkozatok*

1. Kijelentem, hogy

a.) a családomban élő közeli hozzátartozóként feltüntetett személyek életvitelszerűen az enyémmel megegyező lakcímen élnek,

b.) a közölt adatok a valóságának megfelelnek.

2. Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt 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.

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

4. Hozzájárulásomat adom személyes és különleges adataimnak az Önkormányzatnál indított eljárások és a szociális igazgatási eljárás során a szociális ellátásra való jogosultság megállapítása, az ellátás biztosítása, fenntartása és megszüntetése céljából történő kezeléséhez.

*Algyő,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_év\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_hó\_\_\_\_\_\_nap.*

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 a kérelmező aláírása a kérelmező házastársának/élettársának

 aláírása

**Csatolandó mellékletek:**

- jövedelemigazolások

- gyógyszertár által beárazott, a diagnosztizált krónikus betegséghez közvetlenül kapcsolódó, egy havi gyógyszereket, gyógyászati segédeszközt tartalmazó háziorvosi igazolás

- Járási Hivatal közgyógyellátásra vonatkozó elutasító határozata