

MEZŐTÚRI KÖZÖS ÖNKORMÁNYZATI HIVATAL

Hatósági Osztály Szociális Hatósági Csoport

5400 Mezőtúr, Kossuth Lajos tér 1.

KÉRELEM
települési gyógyszer támogatás megállapítása iránt

Kérelmező neve: _____

Születési neve: _____

Állandó lakcíme: _____

Tartózkodási helye: _____

Életvitelszerűen: lakóhelyemen
 tartózkodási helyemen élek

TAJ száma: _____

Születési hely: _____

Születési idő (év, hónap, nap): _____

Anyja neve: _____

Családi állapota: egyedülálló
 házastársával/élettársával/bejegyzett élettársával lakik együtt

Állampolgársága: _____

Telefonszáma: _____

E-mail címe: _____

Számlaszáma: _____

Számlavezető pénzüintézet neve: _____

A kérelem benyújtásának időpontjában a települési gyógyszer támogatást kérővel közös háztartásban élő, ott bejelentett lakó-, vagy tartózkodási hellyel rendelkező közeli hozzátartozók adatai:

1. A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók száma..... fő.

2. A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók adatai:

| | A | B | C | D |
|----|---------------------------------------|---|------------|---------------------------|
| | Név (ha eltérő, születési neve is) | Születési helye, ideje (év, hó, nap), Társadalombiztosítási Azonosító Jele | Anyja neve | Hozzátartozói minősége |
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |

Család: egy lakásban, vagy személyes gondoskodást nyújtó bentlakásos szociális, gyermekvédelmi intézményben együtt lakó, ott bejelentett lakóhellyel vagy tartózkodási hellyel rendelkező közeli hozzátartozók közössége.

Közeli hozzátartozó:

- a) a házastárs, az élettárs,
- b) a húszévesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező; a huszonhárom évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, nappali oktatás munkarendje szerint tanulmányokat folytató; a huszonöt évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, felsőoktatási intézmény nappali tagozatán tanulmányokat folytató vér szerinti, örökbe fogadott, illetve nevelt gyermek,
- c) korhatárra való tekintet nélkül a tartósan beteg, az autista, illetve a testi, érzékszervi, értelmi vagy beszéd fogyatékos vér szerinti, örökbe fogadott, illetve nevelt gyermek, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt (a továbbiakban: fogyatékos gyermek),
- d) a 18. életévét be nem töltött gyermek vonatkozásában a vér szerinti és az örökbe fogadó szülő, illetve a szülő házastársa vagy élettársa;

Háztartás: az egy lakásban együtt lakó, ott bejelentett lakóhellyel vagy tartózkodási hellyel rendelkező személyek közössége.)

Jövedelmi adatok:

| A jövedelmek típusai | Kérelmező jövedelme | A kérelmezővel közös háztartásban élő házastárs (élettárs) jövedelme | A kérelmező családjában élő egyéb hozzátartozó jövedelme | | | Összesen |
|--|---------------------|--|--|--|--|----------|
| 1. Munkaviszonyból, közfoglalkoztatásból, munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyból származó jövedelem és táppénz | | | | | | |
| 2. Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó jövedelem | | | | | | |
| 3. Gyermekgondozási támogatások (GYES, GYED, GYET, családi pótlék, gyermektartásdíj, stb.) | | | | | | |
| 4. Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások | | | | | | |
| 5. Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások | | | | | | |
| 6. Egyéb jövedelem | | | | | | |
| 7. Összes jövedelem | | | | | | |

Ügyintéző tölti**Családtagok száma:** _____**A család összjövedelme:** _____**A család egy főre jutó havi nettó jövedelme:** _____

Azzal a kérelemmel fordulok Mezőtúr Város Polgármesteréhez, hogy részemre települési gyógyszer támogatást szíveskedjen megállapítani, mivel gyógyszereim költségének viselése a saját és családom létfenntartását veszélyezteti.

Mezőtúr,

aláírás

NYILATKOZAT

A kérelemben közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

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 adóigazgatása útján – ellenőrizheti.
- A kérelemben közölt adatok a valóságnak megfelelnek.
- hogy az adatokat a Mezőtúri Közös Önkormányzati Hivatal, mint adatkezelő a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK rendelet hatályon kívül helyezéséről szóló AZ EURÓPAI PARLAMENT ÉS A TANÁCS 2016. április 27-i (EU) 2016/679 RENDELETE 6. cikk (1) bekezdésének e) pontjában meghatározott joggalappal kezeli, azaz az adatkezelés közérdekű vagy az adatkezelőre ruházott közhatalmi jogosítvány gyakorlásának keretében végzett feladat végrehajtásához szükséges.
Az adatkezeléssel kapcsolatban további információk a Mezőtúri Közös Önkormányzati Hivatal Adatkezelési Tájékoztatójában olvashatók, mely elérhető a Mezőtúri Közös Önkormányzati Hivatalban, valamint a www.mezotur.hu oldalon.
- hogy kérelmemhez csatolnom szükséges a Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Kormányhivatal Mezőtúri Járási Hivatalának elutasító határozatát a közgyógyellátásról, valamint a háziorvos által kiállított gyógyszerköltség igazolást.
- hogy köteles vagyok a kérelemben foglalt adatokban és körülményekben bekövetkezett változásokról 15 napon belül a Mezőtúri Közös Önkormányzati Hivatal Hatósági Osztály Szociális Hatósági Csoportját értesíteni.
- hogy a valótlán adatközléssel jogosulatlanul és rosszhiszeműen igénybe vett támogatást a folyósító szerv kamattal megemelt összegben visszaköveteli.

Mezőtúr,

aláírás

Háziorvos igazolása a jelentkező betegségekről, kezelésekről

A beteg neve: _____

TAJ száma: _____

Lakcíme: _____

A betegség, kezelés időtartama:*

- alkalmoszerű

- rendszeres: _____ hónap (hosszabb távú gyógyszeres kezelés min. 6 hónap, de a támogatást max. 12 hónapra lehet megállapítani)

*(a megfelelő rész aláhúzendó/kitöltendő)

A felírt gyógyszerek megnevezése, mennyisége és értéke:

Mezőtúr, 20..... év hónap nap

P.H

aláírás