

RENDSZERES TELEPÜLÉSI TÁMOGATÁS KERETÉBEN GYÓGYSZERKIADÁSOK VISELÉSE IRÁNTI KÉRELEM

Alulírott _____ (ellátást igénylő neve)

_____ (születési neve)
_____ (születési hely és idő)
_____ (anyja neve)
_____ (állandó lakcíme)
_____ (tartózkodási helye, ideiglenes lakcíme)
_____ (társadalombiztosítási azonosító jele)

azzal a kéréssel fordulok az Ócsai Polgármesteri Hivatalhoz, hogy az alábbi adatok alapján, részemre gyógyszerköltség támogatást megállapítani szíveskedjen.

Nyilatkozom, hogy alanyi/normatív közgyógyellátásra jogosító igazolvánnyal *(megfelelő jelölendő!)*

rendelkezem **nem rendelkezem.**

A támogatást postán kérem az alábbi postacímre *(megfelelő kitöltendő)*

vagy az alábbi számlaszámra *(megfelelő kitöltendő)*

I. A kérelmező háztartásában élők személyi adatai:

Kérelmezővel közös háztartásban élők száma: _____ fő, a következők szerint:

Neve	Születési helye, ideje	Rokoni kapcsolat	Havi jövedelem
		Jövedelem/fő:	

Ócsa,.....

Kérelmező aláírása

Kérelemhez csatolni kell az alábbi iratokat:

- 1) A kérelmezőnek, valamint a családjában élő közeli hozzátartozóknak a kérelem benyújtását megelőző havi nettó jövedelméről szóló igazolást. A jövedelmekről a típusának megfelelő igazolást, vagy annak fénymásolatát (nyugdíjszelvény, munkáltatói igazolás, szerződés stb.)
- 2) 18. életévet betöltött tanulói, vagy hallgatói jogviszonyban álló gyermeke iskolalátogatási igazolását,
- 3) tanulóviszonyban, vagy munkaviszonyban nem álló (20 év alatti) családtagja nyilatkozatát arról, hogy jövedelemmel rendelkezik-e vagy sem,
- 4) „Igazolás gyógyszer-hozzájáruláshoz” elnevezésű nyomtatványt, amely háziorvossal, vagy szakorvossal kitöltendő,
- 5) a háziorvos, vagy szakorvos által elrendelt gyógyszer áráról gyógyszertár által kiállított igazolást.

IGAZOLÁS GYÓGYSZER-HOZZÁJÁRULÁSHOZ

(A házi orvos, vagy szakorvos, illetve a gyógyszerész állítja ki!)

Igazolom, hogy (név) _____ szül. hely: _____

szül. idő: _____ anyja neve: _____

TAJ száma: _____ lakóhelye: _____

sám alatti lakos az alábbi gyógyszereket szedi:

Az igénylő 1 havi gyógyszeradagját a házi orvos, szakorvos, míg a feltüntetett gyógyszerek árát a gyógyszerész igazolja.¹

Gyógyszer neve/havi adag) <i>(szakorvos tölti ki)</i>	(gyógyszer (házi orvos, <i>(házi orvos, szakorvos tölti ki)</i>	Ft (gyógyszertár tölti ki)	Gyógyszer (gyógyszer neve/havi adag) <i>(házi orvos, szakorvos tölti ki)</i>	Ft (gyógyszertár tölti ki)

A gyógykezelés várható időtartama: _____ hónap.

Ócsa,.....

gyógyszerész

Ócsa,.....

ORVOS

¹ Amennyiben az igényelt a gyógyszereket rendszeresen használja, kérjük, szíveskedjen megjelölni az 1 havi mennyiséget.