

KÉRELEM GYÓGYSZERTÁMOGATÁS IRÁNT

1. A kérelmező személyre vonatkozó adatok:

- 1.1. Neve:
- 1.2. Születési neve:
- 1.3. Anyja neve:
- 1.4. Születési helye, ideje (év, hó, nap):
- 1.5. Lakóhelye:
- 1.6. Tartózkodási helye:
- 1.7. Társadalombiztosítási Azonosító Jele:
- 1.8. Állampolgársága:
- 1.9. Telefonszám (nem kötelező megadni):
- 1.10. A kérelmező idegenrendészeti státusza (nem magyar állampolgárság esetén):
- 1.10.1. szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, vagy
- 1.10.2. EU kék kártyával rendelkező, vagy
- 1.10.3. bevándorolt/letelepedett, vagy
- 1.10.4. menekült/oltalmazott/hontalan.

2. A megállapítás jogcímére és a jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok

Kérem a gyógyszerterápiát megállapítását, jövedelmi helyzetemre és a magas gyógyszerköltségemre tekintettel.

3. A család tagjaira és jövedelmükre vonatkozó adatok

3.1. A kérelmező családi állapota:

- 3.1.1. egyedül élő,
- 3.1.2. nem egyedül élő.

3.2. A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók adatai

3.2.1. A kérelmező családjában, a kérelmezővel azonos lakcímen élő közeli hozzátartozók száma: fő.

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

3.3. Jövedelmi adatok

A kérelmező, valamint a családban élő közeli hozzátartozóinak a havi jövedelme forintban:

	A	B	C			
1.	A jövedelem típusa	Kérelmező	A családban élő közeli hozzátartozók			
2.	Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó ebből közfoglalkoztatásból származó:					
3.	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó					
4.	Táppénz, gyermekgondozási támogatások					
5.	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások					
6.	Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások					
7.	Egyéb jövedelem					
8.	Összes jövedelem					

4. Nyilatkozatok

4.1. Kijelentem, hogy

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

4.1.2. a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

4.2. Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt adatok valóságát 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.

4.3. Kijelentem, hogy az ellátásra való jogosultság feltételeit érintő lényeges tények, körülmények megváltozásáról 8 napon belül értesítem a JEGYZŐT.

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

Szank,év.....hónap

.....
kérelmező aláírása

.....
kérelmező házastársának/élettársának
aláírása

Háziorvosi igazolás gyógyszer támogatáshoz

I. A kérelmező személyes adatai

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

b) A krónikus betegség az igazolás kiállítását követő 1 évig fennáll * / nem áll fenn *

II. Háziorvosra vonatkozó adatok, a háziorvos nyilatkozata

A háziorvos neve:

Személy-specifikus orvosi bélyegzőjének száma:

Kijelentem, hogy az igazolásban feltüntetett havi gyógyszerek listája kizárólag a gyógyszer támogatást igénylő személy orvosi dokumentációjában igazolt kezelése alapján került megállapításra, és nem tartalmazza az esetlegesen szedhető altató, étrend kiegészítő, nem vényköteles gyógyszer /egyéb készítmények/ gyógyászati segédeszközök, és vitaminkészítmények felsorolását.

_____,év hónap

P. H.

.....
házi orvos aláírása

Az igazoláshoz csatolni kell a kérelmező által rendszeresen szedett gyógyszerek listáját és azok adagolásának havi mennyiségét. A gyógyszerár a háziorvos által kiállított lista alapján igazolja a gyógyszerköltséget.

a * -gal jelölt résznél megfelelő aláhúzendó!

Gyógyszerész igazolása gyógyszerköltéséről

III. A kérelmező által rendszeresen, krónikus betegségére tekintettel – altató, étrend kiegészítő, nem vényköteles gyógyszer / egyéb készítmények/ gyógyászati segédeszközök, és vitaminkészítmény kivételével – szedett

havi gyógyszerköltés összege:.....Ft/hó

_____,év hónap

P. H.

.....
gyógyszerész aláírása

Hozzájárulok a fenti háziorvosi igazolásban szereplő adataim gyógyszer támogatás iránti kérelmemre indult eljárás során történő felhasználásához, az adataim eljárás lefolytatása során történő kezeléséhez.

Szank,év hónap

.....
kérelmező aláírása