**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***2.számú melléklet a 2/2017. (I.26.) számú rendelethez***

***KÉRELEM
települési GYÓGYÁSZATI SEGÉDESZKÖZ megállapítására***

*1.* Személyi adatok

A kérelmező személyre vonatkozó adatok:

Neve: ....................................................................................................................

Születési neve: .....................................................................................................

Anyja neve: ..........................................................................................................

Születési helye, ideje (év, hó, nap): .....................................................................

Lakóhelye: ...........................................................................................................

Tartózkodási helye: .............................................................................................

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: ................................................................

Állampolgársága: .................................................................................................

Telefonszám (nem kötelező megadni): ................................................................

1.2. A kérelmező családi állapota:

□ egyedülálló,

□ házastársával/élettársával él együtt.

1.3. A kérelmezővel azonos lakcímen élő házastársára/élettársára vonatkozó adatok:

Neve: .................................................................................................................

Születési neve: ...................................................................................................

Anyja neve: ........................................................................................................

Születési helye, ideje (év, hó, nap): ...................................................................

Lakóhelye: ..........................................................................................................

Tartózkodási helye: ............................................................................................

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: ...............................................................

1.4. A kérelmezővel azonos lakcímen élő, eltartott gyermekek száma összesen: .................. fő

1.5. A kérelmezővel azonos lakcímen élő családtagokra, gyermekekre vonatkozó adatok:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |  A |  B |  C |  D |  E |  F |
|   |  Név(ha eltérő, születésineve is) |  Anyja neve |  Születés helye,ideje(év, hó, nap) |  Társadalom-biztosítási Azonosító Jele |  18. életévét betöltött személy esetén azon oktatási intézménymegnevezése, ahol tanul |  Megjegyzés\* |
|  1.5.1. |   |   |   |   |   |   |
|  1.5.2. |   |   |   |   |   |   |
|  1.5.3. |   |   |   |   |   |   |
|  1.5.4. |   |   |   |   |   |   |
|  1.5.5. |   |   |   |   |   |   |
| 1.5.6. |  |  |  |  |  |  |
|  \* *Ebben az oszlopban kell feltüntetni:* |
|  *a) ha a gyermekre tekintettel gyermekgondozási segélyt, gyermeknevelési támogatást, gyermekgondozási díjat vagy terhességi gyermekágyi segélyt folyósítanak,* |
|  *b) ha a 20 évesnél fiatalabb gyermek nem jár oktatási intézménybe, de önálló keresettel még nem rendelkezik, vagy* |
|  *c) életkortól függetlenül a tartós betegség vagy fogyatékosság fennállását, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt.* |

*2. Jövedelemi adatok*

A kérelmező, valamint házastársa (élettársa) és a velük egy háztartásban élő gyermekeik, családtagok havi jövedelme, forintban:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|   |  A |  B |  C |  D |
|   |  A jövedelem típusa |  Kérelmező |  Házastárs, élettárs |  Családtagok |
|   |   |  havi jövedelme (forint) |
|  2.1. |  Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó |   |   |   |   |   |   |   |
|   |  ebből: közfoglalkoztatásból származó |   |   |   |   |   |   |   |
|  2.2. |  Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó |   |   |   |   |   |   |   |
|  2.3. |  Táppénz, gyermekgondozási támogatások |   |   |   |   |   |   |   |
|  2.4. |  Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások |   |   |   |   |   |   |   |
|  2.5. |  Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások |   |   |   |   |   |   |   |
|  2.6. |  Egyéb jövedelem |   |   |   |   |   |   |   |
|  2.7. |  Összes jövedelem |   |   |   |   |   |   |   |

*3. Gyógyászati segédeszköz számlákkal igazolva:*

............................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................

*A kérelem részletes indoklása:*

............................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................

*4. Nyilatkozatok*

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

*(A kérelmező részéről:)*

Felelősségem tudatában kijelentem, hogy

\* életvitelszerűen a lakóhelyemen/a tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzandó),

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

 a kérelemben közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

 *(A kérelmező házastársának/élettársának részéről:)*

Felelősségem tudatában kijelentem, hogy

\* életvitelszerűen a lakóhelyemen/a tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzandó), és

 a kérelemben közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Nyilatkozom, hogy

□ az elmúlt hat hónapban nem részesültem települési gyógyszertámogatásban,

□ az elmúlt hat hónapban részesültem települési gyógyszertámogatásban.

Kelt: ........................................................................ ,......................................................

|  |  |
| --- | --- |
|  ................................................................... |  .................................................................. |
|  kérelmező aláírása |  nagykorú hozzátartozók aláírása |
|  |  |
|  \* Ezt a nyilatkozatot csak abban az esetben kell megtenni, ha egyidejűleg bejelentett lakó- és tartózkodási hellyel is rendelkezik. |