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

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

***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, születési neve is) | Anyja neve | Születés helye, ideje (év, hó, nap) | Társadalom- biztosítási Azonosító Jele | 18. életévét betöltött személy esetén azon oktatási intézmény megnevezése, 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. | | |