**közgyógy települési támogatás**

**megállapítása iránti Kérelem**

*1. Személyi adatok*

*1.1. A kérelmező személyre vonatkozó adatok:*

1.1.1. Neve: .........................................................................................................................................

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

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

1.1.4. Születés helye, ideje (év, hó, nap): ............................................................................................

1.1.5. Lakóhelye: \_ \_ \_ \_ irányítószám ................................................................................. település

.....................................utca/út/tér .............. házszám ............ épület/lépcsőház ............... emelet, ajtó

1.1.6. Tartózkodási helye: \_ \_ \_ \_ irányítószám ................................................................... település

.................................... utca/út/tér .............. házszám ............ épület/lépcsőház ..... .......... emelet, ajtó

1.1.7. Társadalombiztosítási Azonosító Jele: \_ \_ \_ - \_ \_ \_ - \_ \_ \_

1.1.8. Állampolgársága: ........................................................................................................................

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

1.1.10. E-mail cím (nem kötelező megadni): ........................................................................................

*1.2. A kérelmező idegenrendészeti státusza (nem magyar állampolgárság esetén):*

1.2.1. □ szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, vagy

1.2.2. □ EU kék kártyával rendelkező, vagy

1.2.3. □ bevándorolt/letelepedett, vagy

1.2.4. □ menekült/oltalmazott/hontalan.

1.3. Kérelmezővel közös háztartásban (azonos lakcímen) élők száma: ............ fő.

1.4. Kérelmező háztartásában élők személyi adatai:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | A | B | C | D |
|  | Név(születési név) | Születési helye, ideje(év, hó, nap) | Anyja neve | Társadalombiztosítási AzonosítóJele |
| 1. |   |   |   |   |
| 2. |   |   |   |   |
| 3. |   |   |   |   |
| 4. |   |   |   |   |
| 5. |   |   |   |   |
| 6. |  |  |  |  |

*1.5.* **Nyilatkozom, hogy alanyi / normatív közgyógyellátásra** jogosító igazolvánnyal

**rendelkezem ---- nem rendelkezem.** */a megfelelő aláhúzandó/*

*2. Jövedelmi adatok*

A kérelmező, valamint a vele közös háztartásban élő személyeknek a havi jövedelme forintban:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  A |  B |  C |
|   |  A jövedelem típusa |  Kérelmező |  A kérelmezővel közös háztartásban élő további személyek |
| 1. | Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származóebből: közfoglalkoztatásból származó |   |   |   |   |   |   |
| 2. | Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó |   |   |   |   |   |   |
| 3. | Táppénz, gyermekgondozási támogatások |   |   |   |   |   |   |
| 4. | Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások |   |   |   |   |   |   |
| 5. | Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások |   |   |   |   |   |   |
| 6. | Egyéb jövedelem |   |   |   |   |   |   |
| 7. | Összes jövedelem |   |   |   |   |   |   |

Kérem, hogy részemre gyógyszerköltség támogatást megállapítani szíveskedjenek.

*3. Nyilatkozatok*

Felelősségem tudatában kijelentem, hogy

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

*b)* a 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 adóigazgatósága útján - ellenőrizheti.

Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához. Kijelentem, hogy az ellátásra való jogosultság feltételeit érintő lényeges tények, körülmények megváltozásáról 15 napon belül értesítem az ellátást megállapító szervet.

Dunabogdány, …………………………

|  |  |
| --- | --- |
|  ................................................................... |  .................................................................. |
|  kérelmező aláírása |  kérelmező házastársának/élettársának aláírása |
|  |
|  \* Ezt a nyilatkozatot csak abban az esetben kell megtenni, ha bejelentett lakó- és tartózkodási hellyel is rendelkezik.” |