*8. melléklet*

**Zalakarosi Közös Önkormányzati Hivatal**

8749 Zalakaros, Gyógyfürdő tér 1. Tel: 93/340-100

**K é r e l e m**

**Települési támogatás megállapítására**

|  |
| --- |
| (gyógyszerköltség támogatás)  **1.1. A kérelmező személyre vonatkozó adatok:** |
| **Neve: ................................................................................................................................................................** |
| **Születési neve: .................................................................................................................................................** |
| **Anyja neve: ......................................................................................................................................................** |
| **Születés helye, ideje (év, hó, nap): ..................................................................................................................**  **Családi állapota:………………………………………………………………………………………………** |
| **Lakóhelye:     irányítószám ................................................................................................ település  ..........................................................utca/út/tér .............. házszám ............ épület/lépcsőház ............... emelet, ajtó** |
| **Tartózkodási helye:     irányítószám ................................................................................................ település ...........................................................utca/út/tér .............. házszám ............ épület/lépcsőház ............... emelet, ajtó** |
|  |
| **Társadalombiztosítási Azonosító Jele:         **  **Állampolgársága: ........................................................................................................................................................................** |
| **Telefonszám (nem kötelező megadni): .....................................................................................................................................** |
| **E-mail cím (nem kötelező megadni): .......................................................................................................................................**  **Fizetési számlaszám** (akkor kell megadni, ha a folyósítást fizetési számlaszámra kéri):     ……………………………………………………………………………………………………………  **A fizetési számlát vezető pénzintézet neve**     ………………………………………………………………… |

**Nyilatkozom, hogy**

**közgyógyellátásra** jogosító igazolvánnyal **: rendelkezem nem rendelkezem**

**A kérelmezővel együtt élő közeli hozzátartozók száma összesen: ............ fő (igénylő kivételével)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Név | Születési hely, év, hó, nap | TAJ száma | Megjegyzés\* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

A kérelmező, valamint a vele egy háztartásban élő közeli hozzátartozók havi jövedelme forintban:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| A jövedelem típusa | Kérelmező | Házastársa  (élettársa) | Közeli hozzátartozók | | | |
| 1. Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó  ebből: közfoglalkoztatásból származó |  |  |  |  |  |  |
| 2. Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó |  |  |  |  |  |  |
| 3. Alkalmi munkavégzésből származó |  |  |  |  |  |  |
| 4. Táppénz, gyermekgondozási támogatások |  |  |  |  |  |  |
| 5. Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások |  |  |  |  |  |  |
| 6. Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások |  |  |  |  |  |  |
| 7. Egyéb jövedelem |  |  |  |  |  |  |
| 8. Összes jövedelem |  |  |  |  |  |  |

**Egy főre jutó havi családi nettó jövedelem:** ..................................... **Ft/hó.**

**Közeli hozzátartozók**:a házastárs, az élettárs, a húszévesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező; a huszonhárom évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, nappali oktatás munkarendje szerint tanulmányokat folytató; a huszonöt évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, nappali tagozaton egyetemi, főiskolai tanulmányokat folytató; korhatárra való tekintet nélkül a tartósan beteg, az autista, illetve a testi, érzékszervi, értelmi vagy beszédfogyatékos vér szerinti, örökbe fogadott, mostoha-, illetve nevelt gyermek, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt (a továbbiakban: fogyatékos gyermek),a 18. életévet be nem töltött gyermek vonatkozásában a vér szerinti és az örökbe fogadó szülő, illetve a szülő házastársa vagy élettársa.

**Zalamerenye, 20……………………………………….**

**…………………………………………………**

kérelmező aláírása

**KÉRELMÉHEZ CSATOLNI KELL** az alábbi iratokat:

- az Ön, valamint a családjában élő közeli hozzátartozók **a kérelem benyújtását megelőző havi nettó jövedelméről szóló igazolás.** A jövedelmekről a típusának megfelelő igazolást, vagy annak fénymásolatát (nyugdíjszelvény, munkáltatói igazolás, családi pótlék, tartásdíj összegét igazoló csekkszelvény vagy bankszámlakivonat stb.) kérjük csatolni.

- amennyiben nyugellátását letiltás terheli, a letiltás összegét és jogcímét kérjük hivatalos irattal igazolni.

- 18. életévet betöltött tanulói, vagy hallgatói jogviszonyban álló gyermeke iskolalátogatási igazolását, valamint jövedelemnyilatkozatát.

- tanulóviszonyban, vagy munkaviszonyban nem álló (20 év alatti) családtagja nyilatkozatát arról, hogy jövedelemmel rendelkezik-e vagy sem,

**- Igazolás a gyógyszerköltség támogatáshoz nyomtatványt (….. oldal), melyet a háziorvossal vagy szakorvossal kell kitöltetni, majd azt követően gyógyszertárban beáraztatni.**

**-** Ismételt benyújtás esetén az előzően kapott támogatás felhasználását igazoló névre szóló számlák.

**Vagyonnyilatkozat**

**I. A kérelmező személyi adatai**

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

***II. A kérelmező és a vele együtt élő közeli hozzátartozójának vagyona***

***A. Ingatlanok***

1. Lakástulajdon és lakótelek-tulajdon (vagy állandó, illetve tartós használat): címe: ................. város/község ................... út/utca.................... hsz. alapterülete: ........... m2, tulajdoni hányad: ..........................., a szerzés ideje: ................ év

Becsült forgalmi érték:\* .......................................... Ft

Haszonélvezeti joggal terhelt: igen nem (a megfelelő aláhúzandó)

2. Üdülőtulajdon és üdülőtelek-tulajdon (vagy állandó, illetve tartós használat): címe: ....................... város/község .................................. út/utca .................... hsz. alapterülete: ........... m2, tulajdoni hányad: ...................., a szerzés ideje: ................ év

Becsült forgalmi érték:\* .......................................... Ft

3. Egyéb, nem lakás céljára szolgáló épület-(épületrész-)tulajdon (vagy állandó használat): megnevezése (zártkerti építmény, műhely, üzlet, műterem, rendelő, garázs stb.): ............................ címe: ...................................... város/község........................... út/utca .................... hsz. alapterülete: ........... m2, tulajdoni hányad: ................., a szerzés ideje: ................ év

Becsült forgalmi érték:\* .......................................... Ft

4. Termőföldtulajdon (vagy állandó használat): megnevezése: .......................... címe: ........................................ város/község .............................. út/utca .................... hsz. alapterülete: ........... m2, tulajdoni hányad: ...................., a szerzés ideje: ................ év

Becsült forgalmi érték:\* .......................................... Ft

***B. Egyéb vagyontárgyak***

Gépjármű: '

*a)* személygépkocsi: típus rendszám

a szerzés ideje:

Becsült forgalmi érték:\*\* Ft

*b)* tehergépjármű, autóbusz: típus rendszám

a szerzés ideje:

Becsült forgalmi érték:\*\* Ft

Kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulok a nyilatkozatban szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárásban történő felhasználásához, kezeléséhez.

Kelt: .......... év .............................. hó ............ nap

aláírás

*Megjegyzés:*

Ha a kérelmező vagy családtagja bármely vagyontárgyból egynél többel rendelkezik, akkor a vagyonnyilatkozat megfelelő pontját a vagyontárgyak számával egyezően kell kitölteni. Amennyiben a vagyonnyilatkozatban feltüntetett vagyon nem Magyarország területén van, a forgalmi értéket a vagyon helye szerinti állam hivatalos pénznemében is fel kell tüntetni.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *\* Becsült forgalmi értékként az ingatlannak a településen szokásos forgalmi értékét kell feltüntetni.* | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *\*\* Becsült forgalmi értékként a jármű kora és állapota szerinti értékét kell feltüntetni.* | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**IGAZOLÁS GYÓGYSZERKÖLTSÉG TÁMOGATÁSHOZ**

*(A háziorvos vagy szakorvos állítja ki!)*

Igazolom, hogy (név)

szül. hely:…………………………………………………………………………..

szül. idő: ………………………….

anyja neve:………………………………………………………………………….

TAJ száma: …….

Zalamerenye , ………………………………..szám alatti lakos

az alábbi gyógyszereket szedi:

*Amennyiben az igénylő a gyógyszereket* ***rendszeresen*** *szedi, kérjük szíveskedjen megjelölni az* ***1havi mennyiséget.***

*A feltüntetett gyógyszerek árát gyógyszertár igazolja.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Gyógyszer  (gyógyszer neve/havi adag) (háziorvos, szakorvos tölti ki) | Ft  (gyógyszertár tölti ki) | Gyógyszer  (gyógyszer neve/havi adag) (háziorvos, szakorvos tölti ki) | Ft  (gyógyszertár tölti ki) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**A gyógykezelés várható időtartama hónap**

20…. …………………..

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**házi/szakorvos**

**Ph.**