



## II. Jövedelmi adatok

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

	A	B	C	D			
	A jövedelem típusa	Kérelmező	Házastárs, élettárs	Gyermekek			
1	Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó ebből: 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						
	Összes jövedelem						

## III. Közgyógyellátásban

- részesülök
- nem részesülök

(a megfelelő rész aláhúzendó)

## IV. Egyéb nyilatkozatok:

Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt jövedelmi adatok valóságát a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 10. §-ának (7) bekezdése alapján a szociális hatáskört gyakorló szerv – a NAV hatáskörrel és illetékességgel rendelkező igazgatósága útján – ellenőrizheti.

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

Büntetőjogi felelősségem teljes tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek.

Tudomásul veszem, hogy valótlan adatközlés esetén a támogatás megszüntetésre kerül, a jogosulatlanul és rosszhiszeműen igénybe vett támogatást a folyósító szerv kamattal megemelt összegben visszaköveteli.

Kocsord, ..... év ..... hó ..... nap

.....  
kérelmező aláírása

H á z i o r v o s i   i g a z o l á s

Rendszeres gyógyszerkiadás viseléséhez nyújtott települési támogatás megállapításához

**I.1./ Kérelmező adatai:**

Kérelmező neve:.....

Leánykori neve: .....

Születési helye, ideje: .....

Anyja neve: .....

Kérelmező TAJ száma: .....

Lakóhelye:.....(település, utca, házsám, em, ajtó)

Tartózkodási helye (ha nem azonos a lakcímével): .....

**II. A kérelmező tartós betegségére tekintettel havi rendszerességgel rendelt gyógyszerek felsorolása:**

GYÓGYSZEREK MEGNEVEZÉSE	MENNYISÉG

Kelt: Kocsord, .....

P.H.

.....  
házi orvos aláírása

G y ó g y s z e r t á r   i g a z o l á s a

Rendszeres gyógyszerkiadás viseléséhez nyújtott települési támogatás megállapításához

Kérelmező adatai:

Név: .....

Lakóhelye: .....

TAJ száma: .....

Igazoljuk, hogy fent nevezett betegnek a mellékelt háziorvosi igazoláson szereplő havi rendszeres gyógyszerek térítési díja:

..... Ft, azaz ..... Forint

Kelt: .....

P.H.

.....  
aláírás a gyógyszerértár részéről