

3. melléklet a 2/2015.(II.18.) önkormányzati rendelethez

K é r e l e m
GYÓGYSZERTÁMOGATÁS
megállapítására

Megnevezés	kérelmező	háztárs (élettárs)
Neve (születési név is)		
Anyja neve		
Születési hely, év, hó, nap		
Családi állapota		
Lakóhelye		
Tartózkodási helye		
Hajléktalan személy esetén a folyósítás helye		
TAJ száma		
Telefonszáma (nem kötelező megadni)		
Bankszámlaszám (ha a folyósítást bankszámlára kéri)		
Folyószámla-vezető pénzüintézet		

II. A KÉRELMEZŐVEL KÖZÖS HÁZTARTÁSBAN ÉLŐ SZEMÉLYEK ADATAI

Név	Születési év, hó, nap	Családi kapcsolat	Foglalkozás
1.			
2.			
3.			
4.			

III. A JOGOSULTSÁG FELTÉTELEIRE VONATKOZÓ ADATOK

A kérelemhez mellékeltem (aláhúzással kell jelölni)	a HÁZIORVOS igazolását a rendszeres, legalább 6 hónap időtartamban szedett gyógyszereimről	igen	nem
	a gyógyszerek térítési díjáról szóló GYÓGYSZERTÁRI bizonylatot	igen	nem
Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy	(alanyi vagy normatív) közgyógyellátási jogosultsággal	nem rendelkezem	rendelkezem
Nyilatkozom, hogy a velem egy lakásban élő személyek mindegyike öregségi nyugdíjas, vagy rehabilitációs ellátásban, illetve rokkantsági ellátásban részesül, amelyről az igazolás(ok)t mellékeltem.		igen	nem

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a kérelemben közölt adatok a valóságnak megfelelnek. Tudomásul veszem, és egyben hozzájárulok, hogy a közölt adatok valóságát Zalaszentiváni Közös Önkormányzati Hivatal a vonatkozó jogszabályok alapján ellenőrizheti. Hozzájárulok a kérelemben közölt adatoknak a szociális igazgatási eljárásban történő felhasználásához és kezeléséhez.

Kelt: _____, év hó nap

kérelmező aláírása