

**Várpalotai Polgármesteri Hivatal**  
**Szervezési, Intézményirányítási**  
**és Szociális Iroda**  
8100 Várpalota, Gárdonyi G. u. 39. Pf.:76  
Tel.: (88) 592-660 Fax.: (88) 575-760

VÁRPALOTAI POLGÁRMESTERI HIVATAL	
Irat száma:	
Érkezett:	
Előadó:	Előszám:
Melléklet:	Ügytípus:

**K É R E L E M**  
**a közgyógyellátási támogatás megállapítására**

*I. A kérelmező személyi adatai*

Neve:.....

Születési neve: .....

Anyja neve:.....

Születési hely, év, hó, nap: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:.....

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

*II. A közeli hozzátartozókra és jövedelmükre vonatkozó adatok*

**a) A kérelmező családi körülménye:**

- egyedülélő  
 nem egyedül élő

**b) A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók adatai:**

A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók száma: ..... fő.

Közeli hozzátartozó neve (születési neve)	Családi kapcsolat megnevezése	Születési helye, év, hónap, nap	TAJ száma	Megjegyzés*

\* Ebben az oszlopban kell feltüntetni, ha  
- a 20 évesnél fiatalabb gyermek nem jár oktatási intézménybe, de önálló keresettel még nem rendelkezik,  
- életkortól függetlenül a gyermek tartós betegségének vagy fogyatékosságának fennállását, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt.

### c) Jövedelmi adatok

A jövedelem típusa	Kérelmező	A családban élő közeli hozzátartozók				
1. Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból 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						
<b>8. Összes jövedelem</b>						

### III. Nyilatkozatok

a) nyilatkozom arról, hogy krónikus betegségre tekintettel kérem egyéni gyógyszerkeret megállapítását.

b) nyilatkozom továbbá, hogy közgyógyellátás más hatóság által részemre nem került megállapításra

c) Kijelentem, hogy \*

- életvitelszerűen a lakóhelyemen vagy a tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzandó),

- a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

\* Ezt a nyilatkozatot csak abban az esetben kell megtenni, ha bejelentett lakó- és tartózkodási hellyel is rendelkezik.

**Tudomásul veszem, hogy valótlan adatközlés esetén az önkormányzat a támogatás összegét visszafizetteti.**

Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatok a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához, továbbá a közgyógyellátási nyilvántartásban szereplő adatoknak a közgyógyellátás információs rendszerében történő felhasználásához.

Dátum:.....

.....  
kérelmező aláírása