



### 3. Jövedelmi adatok

A kérelmező, valamint a családban élő közeli hozzátartozóinak a havi jövedelme forintban:

1.	A jövedelem típusa	Kérelmező	A családban élő közeli hozzátartozók			
2.	Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó ebből közfoglalkoztatásból származó:					
3.	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó					
4.	Táppénz, gyermekgondozási támogatások					
5.	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások					
6.	Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások					
7.	Egyéb jövedelem					
8.	Összes jövedelem					

### 4. Gyógyszertárra vonatkozó adatok

A gyógyszerköltség támogatást az alábbi gyógyszertárban szeretném érvényesíteni:

- Jázmin Patika Gyógyszertár 5630 Békés, Rákóczi u. 2.  
  Oroszlán Gyógyszertár 5630 Békés, Kossuth u. 18.

### 5. Nyilatkozatok

Kijelentem, hogy

- életvitelszerűen a lakóhelyemen/a tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzendó, ha egyidejűleg bejelentett lakó- és tartózkodási hellyel is rendelkezik),
- a családban élő közeli hozzátartozóként feltüntetett személyek életvitelszerűen az enyémmel megegyező lakcímen élnek,
- a közölt adatok a valóságnak megfelelnek,
- tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt 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,
- kijelentem, hogy az ellátásra való jogosultság feltételeit érintő lényeges tények, körülmények megváltozásáról 15 napon belül értesítem az ellátást megállapító szervet,
- hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő továbbá a gyógyszertár által használt információs rendszerben történő felhasználásához, illetve a kérelem alapján hozott határozatnak az általam választott gyógyszertár részére történő megküldéséhez, a támogatás igénybevétele érdekében.

Kelt: Békés, 2016. .... hó ..... nap

.....

kérelmező aláírása

.....

kérelmező házastársának/élettársának aláírása

**Gyógyszertári igazolás  
önkormányzati gyógyszerköltség támogatásra való jogosultság megállapításához**

***I. A kérelmező személyes adatai (KÉRELMEZŐ TÖLTI KI)***

Neve: .....  
Születési neve: .....  
Anyja neve: .....  
Születési hely, év, hó, nap: .....  
Lakóhely: .....  
Tartózkodási hely: .....  
Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

***II. Gyógyító ellátás költsége  
(A GYÓGYSZERTÁR TÖLTI KI, a háziorvos által kiállított igazolás alapján)***

A(z) ..... gyógyszerértár

gyógyszerészeként igazolom, hogy fent nevezett kérelmező vonatkozásában az egy hónapra számított  
gyógyító ellátás költsége ..... Forint.

Békés, 2016. év ..... hó ..... nap

.....  
gyógyszerész aláírása