

Tiszatelek Község Önkormányzat Képviselő-testülete

GYÓGYSZER TÁMOGATÁS IRÁNTI KÉRELEM

.....(név).....(ln.).....(szül.hely.)
(szül.idő).....(anya neve) TAJ szám:
Tiszatelek, szám alatti lakos, azzal a kéréssel fordulok T.
 Cím felé, hogy részemre egészségi állapotomhoz kapcsolódó rendszeres gyógyszer kiadásaim
 enyhítésére, önkormányzati gyógyszer támogatást szíveskedjen megállapítani. A mellékelt orvosi
 igazolás alapján kiállított gyógyszerértéki igazolás tanúsága szerint a megelőző 3 hónapban a részemre
 felírt rendszeresen szedendő gyógyszereim egy havi átlagos költsége: Ft/ felírt gyógyászati
 segédeszköz ára:Ft.

Közös háztartásban élők:

Név/születési név, szül.helye, ideje: Anyja neve: TAJ száma: rokon-kapcsolat:

A családban az egy főre jutó havi nettó jövedelem: Ft/fő/hó

Amennyiben a támogatás természetben kerül részemre megállapításra, úgy nyilatkozom, hogy a
 gyógyszereimetgyógyszertárban,
gyógyászati segédeszközt forgalmazó üzletben
 kívánom kiváltani, ide kérem a támogatás átutalását majd.

Tiszatelek, év hó nap

.....
 Kérelmező

Kérelmemhez csatolom:

- az illetékes Járási Hivatal jogerős közgyógyellátásra jogosultság iránti kérelmem elutasító határozatát,
- háziorvos, illetve a háziorvos és gyógyszerértéki igazolását a megelőző 3 hónap rendszeres gyógyszereinek értékéről
- szakorvosi javaslatot a gyógyászati segédeszközre, és árajánlat, illetve számla annak áráról,
- közös háztartásban élők kereseti, jövedelmi igazolásait