

**4. számú melléklet a 2/2015. (II. 12.) Önk. sz. rendelethez**

**KÉRELEM**

**gyógyszertámogatás megállapítására**

Kérelmező neve:.....

Születési neve:.....

Szül. hely, év, hó, nap:.....TAJ: .....

Lakcíme:.....

Napközben elérhető telefonszáma (nem kötelező kitölteni):.....

2. Részesült-e Ön egy éven belül az önkormányzat által nyújtott gyógyszer-támogatásban?

Igen  Nem

**KÉRELEM INDOKOLÁSA**

.....  
.....  
.....  
.....

Kijelentem, hogy a fent közölt adatok a valóságnak megfelelnek, és hozzájárulok ahhoz, hogy az önkormányzat nyilvántartási rendszerében szerepeljenek, illetve a nyilvántartott adatokkal egyeztetésre kerüljenek.

Kelt:....., .....év .....hónap .....nap

.....  
kérelmező aláírása

## JÖVEDELEM NYILATKOZAT

Alulírott (kérelmező neve) .....kijelentem,

hogy az Egyek Nagyközség Önkormányzatához gyógyszer támogatás iránti kérelmem beadását megelőző hónapban saját és velem közös háztartásban élők nettó jövedelme az alábbiak

szerint alakult:

1. Saját jövedelem:

FOLYÓSÍTÓ:

SZERV/JOGCÍM (honnan és milyen jövedelmet kap):

JÖVEDELEM ÖSSZEGE:

2. Közös háztartásban élők : (jövedelemmel rendelkezőknél kérjük az összeget feltüntetni)

NÉV, TAJ SZÁM	JÖVEDELEM JOGCÍME, ÖSSZEGE

Kijelentem, hogy a fent közölt adatok a valóságnak megfelelnek, és hozzájárulok ahhoz, hogy az önkormányzat yilvántartási rendszerében szerepeljenek, illetve a nyilvántartott adatokkal egyeztetésre kerüljenek.

Egyek , 20..... év ..... hónap ..... nap

.....

kérelmező aláírása