**Illetékmentesen benyújtható!**

**RENDKÍVÜLI TELEPÜLÉSI TÁMOGATÁS – GYÓGYSZERTÁMOGATÁS KÉRELEM**

Név: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_leánykori név: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Szül.hely, idő:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_anyja neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TAJ szám: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_családi állapot:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lakóhely:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tartózkodási hely:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Munkahely neve, havi nettó jövedelem:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonszám………………………………..

**Közös háztartásban élők adatai:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NÉV** | **Szül.idő, hely** | **Rokoni kapcsolat** | **Foglalkozás** | **Havi nettó jövedelem** |
|   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |

Közgyógyigazolvánnyal rendelkezem*: igen: - nem:\**

A háztartásban élő személyek az önkormányzat felé egy évet meghaladó lejárt határidejű adóhátralékkal rendelkeznek: *igen – nem* \*

 Amennyiben igen, az adóhátralékkal rendelkező neve, születési ideje:

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

**A szociális körülmények részletes leírása, miért kéri a gyógyszertámogatást:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Kaposvár,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  **kérelmező aláírása kérelmezővel együtt élő családtagok aláírása**

**Tájékoztató a települési támogatás egyéb jogosultsági feltételeiről**

Alulírott tudomásul veszem, hogy Kaposvár Megyei Jogú Város Önkormányzatánaka pénzbeli és természetben nyújtott szociális ellátásokról szóló 6/2015.( II.27.) önkormányzati rendelet7. §-a alapján atelepülési támogatás iránti kérelem benyújtója, illetve az ellátás jogosultja a jövedelmi- és vagyoni feltételeken túl, a jogosultság egyéb feltételeként köteles biztosítani lakókörnyezete rendezettségét az alábbiak szerint:

1. az általa életvitelszerűen lakott ingatlant tisztán tartani, rendeltetésszerűen használni,
2. az ingatlanhoz tatozó udvart, kertet gondozni, tisztán tartani, folyamatosan gaz- és gyom mentesíteni, a szemetet és lomot elszállíttatni,
3. az ingatlan előtti járdát- annak hiányában az ingatlan mentén 1,5 m széles sávot – tisztán tartani, szeméttől, gyomtól, télen hótól, síkosságtól folyamatosan mentesíteni,
4. az ingatlannal érintkező közterületet és gyepes árkot az útpadkáig, de legfeljebb 5 m szélességben gondozni, tisztán tartani és kaszálni,
5. gondoskodni az ingatlan rágcsálóktól, kártevőktől való mentesítéséről,
6. az ingatlanhoz tartozó kerítésének állagát megőrizni oly módon, hogy azon keresztül háziállat elkószálni ne tudjon.

Alulírott …………………………………… felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy az általam lakott ingatlan vonatkozásában Kaposvár Megyei Jogú Város Önkormányzatánaka pénzbeli és természetben nyújtott szociális ellátásokról szóló 6/2015.( II.27.) önkormányzati rendeletének 7. §-ában foglalt feltételeknek megfelelek, lakókörnyezetem rendezett és vállalom, hogy az előírásoknak a támogatás folyósítása alatt is eleget teszek.

**Kaposvár, …………………………..**

 **………………………………………..**

 **kérelmező aláírása**

**Nyilatkozatok települési támogatás igényléséhez**

a) Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt jövedelmi 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.

b) Az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. tv. 5.§ (1) bek. b.) pontja alapján hozzájárulok, hogy az önkormányzat az általam közölt személyes adataimat kezelje, a szükséges iratokat megkérje.

c) Tudomásul veszem, hogy személyes adataim kezelése az EU 2016/679. számú Általános Adatvédelmi Rendelete („GDPR”) 6. cikk 1.) bekezdés a) pontja szerinti önkéntes hozzájárulás alapján történik, egyúttal hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális ellátásra való jogosultság megállapítása, biztosítása, fenntartása és megszüntetése céljából történő felhasználásához, illetőleg azok kezeléséhez, a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény alapján.

d) Büntetőjogi felelősségem teljes tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek.

e) Tudomásul veszem, hogy valótlan adatközlés esetén a jogosulatlanul és rosszhiszeműen igénybevett ellátást az ellátást megállapító szerv kamattal megemelt összegben visszaköveteli.

**f) Tudomásul veszem, hogy a kérelem elbírálására az általános közigazgatási rendtartásról szóló 2016. évi CL. törvény 50.§ (7) bek. alapján a Népjóléti Bizottság soron következő ülésén kerül sor.**

**Kaposvár, …………………………..**

 **………………………………………..**

 **kérelmező aláírása**

**TÁJÉKOZTATÓ**

**Gyógyszertámogatás** :

Gyógyszertámogatás települési támogatásként annak a kérelmezőnek nyújtható, akinek a családjában az egy főre jutó havi nettó jövedelem, családban élők esetében a nyugdíjminimum 350 %-át, egyedül élő esetén a 450 %-át nem haladja meg és a havi rendszeres gyógyszerfogyasztás költsége, vagy a gyógyászati segédeszközének térítési díja a kérelmező jövedelmének a 15 %-át meghaladja.

**Melléklet:**  A kérelemhez csatolni kell valamennyi együtt élő családtag vonatkozásában utolsó havi nettó jövedelemigazolásokat. Továbbá a kérelem benyújtását közvetlenül megelőző három hónapban felírt rendszeres gyógyszerekről és azok egy havi költségéről a háziorvos számítógépes igazolását. Gyógyászati segédeszköz esetén a kérelem benyújtását közvetlenül megelőző 3 hónapban kiadott szakorvosi javaslatot és az árajánlatot vagy számlát

***A Polgármesteri Hivatal tölti ki!!!!***

 *Családban élő Egyedül élő*

 *Család havi nettó összjövedelme……………..Ft Egy főre jutó jövedelem…………………Ft*

*Kérelmező jövedelme: …………………Ft*

*Havi gyógyszerfogyasztása…………….,-Ft, mely a kérelmező jövedelmének a……………%-a*

*Gyógyászati segédeszköz megnevezése:................................. ára:.......................................... mely a kérelmező jövedelmének a ………………%-a*

*Közgyógyellátásra jogosult: nem igen ....................év................hó.............napjáig*

*Gyógyító ellátás költsége: ………………… Havi gyógyszerkeret összege ……………..*

*Tárgyévben gyógyszertámogatásban részesült: ............................Ft ..........év................hó*

 *............................Ft ..........év................hó*

 *............................Ft ..........év................hó*

 *.............................Ft ..........év................hó*

*Önkormányzattól kapott támogatás: .............................Ft ..........év................hó*

*Önkormányzattól kapott támogatás: .............................Ft ..........év................hó*

 *elbírálta:.................................. ellenőre:............................*