



|   |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|
| 4. Táppénz, gyermekgondozási támogatások                            |  |  |  |  |  |  |
| 5. Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások |  |  |  |  |  |  |
| 6. Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások    |  |  |  |  |  |  |
| 7. Egyéb jövedelem  |  |  |  |  |  |  |
| 8. Összes jövedelem   |  |  |  |  |  |  |

**Egy főre jutó havi családi nettó jövedelem: ..... Ft/hó.**

**Közei hozzátartozók:** a házastárs, az élettárs, a húszévesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező; a huszonhárom évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, nappali oktatás munkarendje szerint tanulmányokat folytató; a huszonöt évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, nappali tagozaton egyetemi, főiskolai tanulmányokat folytató; korhatárra való tekintet nélkül a tartósan beteg, az autista, illetve a testi, érzékszervi, értelmi vagy beszéd fogyatékos vér szerinti, örökbe fogadott, mostoha-, illetve nevelt gyermek, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt (a továbbiakban: fogyatékos gyermek), a 18. életévet be nem töltött gyermek vonatkozásában a vér szerinti és az örökbe fogadó szülő, illetve a szülő házastársa vagy élettársa.

**Zalakaros, 201.....**

.....  
**kérelmező aláírása**

**KÉRELMEHEZ CSATOLNI KELL** az alábbi iratokat:

- az Ön, valamint a családjában élő közeli hozzátartozók **a kérelem benyújtását megelőző havi nettó jövedelméről szóló igazolás.** A jövedelmekről a típusának megfelelő igazolást, vagy annak fénymásolatát (nyugdíjszelvény, munkáltatói igazolás, családi pótlék, tartásdíj összegét igazoló csekkszelvény vagy bankszámlakivonat stb.) kérjük csatolni.
- amennyiben nyugellátását letiltás terheli, a letiltás összegét és jogcímét kérjük hivatalos irattal igazolni.
- 18. életévet betöltött tanulói, vagy hallgatói jogviszonyban álló gyermeke iskolalátogatási igazolását, valamint jövedelemnyilatkozatát.
- tanulóviszonyban, vagy munkaviszonyban nem álló (20 év alatti) családtagja nyilatkozatát arról, hogy jövedelemmel rendelkezik-e vagy sem,
- **Igazolás a gyógyszerköltség támogatáshoz nyomtatványt (..... oldal), melyet a háziorvossal, vagy szakorvossal kell kitöltetni, majd azt követően gyógyszerárban beáraztatni.**

## Vagyonynyilatkozat

### I. A kérelmező személyi adatai

Neve: .....

Születési neve:.....

Anyja neve: .....

Születési hely, év, hó, nap:.....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely:.....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:.....

## **II. A kérelmező és a vele együtt élő közeli hozzátartozójának vagyona**

### **A. Ingatlanok**

1. Lakástulajdon és lakótelek-tulajdon (vagy állandó, illetve tartós használat): címe: .....  
város/község ..... út/utca..... hsz. alapterülete: ..... m<sup>2</sup>, tulajdoni hányad:  
....., a szerzés ideje: ..... év

Becsült forgalmi érték:\* ..... Ft

Haszonélvezeti joggal terhelt: igen nem (a megfelelő aláhúzendó)

2. Üdülőtulajdon és üdülőtelek-tulajdon (vagy állandó, illetve tartós használat): címe: .....  
város/község ..... út/utca ..... hsz. alapterülete: ..... m<sup>2</sup>, tulajdoni hányad:  
....., a szerzés ideje: ..... év

Becsült forgalmi érték:\* ..... Ft

3. Egyéb, nem lakás céljára szolgáló épület-(épületrész-)tulajdon (vagy állandó használat): megnevezése  
(zártkerti építmény, műhely, üzlet, műterem, rendelő, garázs stb.): ..... címe:  
..... város/község..... út/utca ..... hsz. alapterülete: ..... m<sup>2</sup>,  
tulajdoni hányad: ....., a szerzés ideje: ..... év

Becsült forgalmi érték:\* ..... Ft

4. Termőföldtulajdon (vagy állandó használat): megnevezése: ..... címe:  
..... város/község ..... út/utca ..... hsz. alapterülete: .....  
m<sup>2</sup>, tulajdoni hányad: ....., a szerzés ideje: ..... év

Becsült forgalmi érték:\* ..... Ft

### **B. Egyéb vagyontárgyak**

Gépjármű: '

a) személygépkocsi: ..... típus ..... rendszám  
a szerzés ideje: .....

Becsült forgalmi érték:\*\* ..... Ft

b) tehergépjármű, autóbusz: ..... típus ..... rendszám  
a szerzés ideje: .....

Becsült forgalmi érték:\*\* ..... Ft

Kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulok a nyilatkozatban szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárásban történő felhasználásához, kezeléséhez.



|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**A gyógykezelés várható időtartama .....hónap**

201.... ..

.....  
házi orvos/ Szakorvos aláírása és pecsét ...

.....  
gyógyszertár aláírás és pecsét



**házi/szak orvos**