

Tájékoztató a méltányosságból adható egyszeri segély iránti kérelemhez

Tisztelt Kérelmező!

Tájékoztatom, hogy az egészségbiztosítási pénztári feladatkörében eljáró fővárosi és megyei kormányhivatal (továbbiakban: kormányhivatal) által méltányosságból adható egyszeri segély gyógyszerköltségre, természetbeni ellátások térítésének csökkentésére, egészségbiztosítási pénzbeli ellátások átmeneti kiegészítésére, valamint az egészségügyi szolgáltatás igénybevételével összefüggő utazás során felmerült költség csökkentésére szolgál. Szociális indokok alapján (tüzelő, hiteltörlesztés, más anyagi nehézségek stb.) nem áll módunkban segélyt nyújtani.

Kérelmét a **lakóhelye szerint** illetékes fővárosi/megyei Kormányhivatalhoz nyújthatja be.

Kérjük, hogy a kérelem indokolásában szíveskedjen leírni mindazon indokokat, melyre tekintettel kéri a segélyben részesítését.

Az adatlap minden kérdésére szíveskedjék jól olvasható választ adni, a jövedelemre vonatkozó nyilatkozatot kitölteni, a gyógyszerekre vonatkozóan az igazolást a kezelőorvosával kitöltetni szíveskedjen.

A kérelméhez csatolni kell:

- a kérelem benyújtását megelőző egy éven belüli betegségét igazoló kórházi, orvosi igazolást, beteg gyermekhez történő utazás esetén a gyermek kórházi ellátásáról szóló orvosi igazolást,
- társadalombiztosítás által nem támogatott gyógyszerek kiváltását igazoló, névre szóló gyógyszerertári nyugtát, gyógyhatású készítmények, valamint vény nélküli gyógyszerek vásárlását igazoló számlát,
- az egészségügyi szolgáltatás igénybevételével összefüggő utazása során felmerült utazási költségtámogatására irányuló kérelem elutasítását követően, az utazási költség igazolására, tömegközlekedési eszköz igénybevétele során a menetjegyeket, gépkocsival való közlekedés esetén az egészségügyi szolgáltatónál való megjelenést igazoló dokumentumot (pl.: kezelési lap),
- a már megvásárolt gyógyászati segédeszköz költsége esetén, ha a gyógyászati segédeszköz megvásárlása előtt, nem volt lehetőség a kérelem megfelelő méltányossági támogatás megállapítására, a segédeszköz költségét igazoló eredeti névre szóló számlát.

Amennyiben a közölt adatok valódiságának vonatkozásában kétség merül fel, úgy annak tisztázása végett környezettanulmány végezhető.

ADATLAP
(Kérelmező tölti ki)

Kérelmező neve.....

Születési neve:.....

Anyja neve:.....

Szül. hely, év, hó, nap:.....TAJ :

Lakcíme:.....

A segély összegét az alábbi címre vagy
- - számú

bankszámlára kérem utalni.

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

2. Részesült-e Ön, illetve Önnel közös háztartásban együtt élők közül valaki egy éven belül az egészségbiztosítási pénztár által nyújtott segélyben?

Igen

Nem

A segélyben részesült neve:.....TAJ:

KÉRELEM INDOKOLÁSA

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

Kelt:.....,évhónapnap

.....
kérelmező aláírása

JÖVEDELEM NYILATKOZAT

Alulírott (kérelmező neve) _____ kijelentem, hogy a fővárosi/megyei az egészségbiztosítási pénztári feladatkörében eljáró kormányhivatalhoz egyszeri segély **kérelmem beadását megelőző három 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		
hónaphónaphónap

Egyedülálló-e?

igen

nem

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

NÉV, TAJ SZÁM	JÖVEDELEM JOGCÍME, ÖSSZEGE		
hónaphónaphónap

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

_____, 20__ év _____ hó ____ nap

kérelmező aláírása

* Egy lakásban együttlakó ott bejelentett lakóhellyel vagy tartózkodási hellyel rendelkezők

IGAZOLÁS A BIZTOSÍTOTT HAVI GYÓGYSZERKÖLTSÉGÉRŐL

(A kezelőorvos aláírása és bélyegzőlenyomata nélkül nem fogadható el.)

Kérelmező neve:.....

TAJ szám:.....

Közgyógyellátásra jogosító igazolvánnyal rendelkezik-e: igen nem

Havi egyéni gyógyszerkerete:.....-Ft.

A Biztosított **rendszeresen szedett havi** gyógyszerei:

<i>Gyógyszer neve</i>	<i>A Biztosított által fizetendő térítési díj</i>
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Javasolt, de a társadalombiztosítás által nem támogatott gyógyszerek, gyógyhatású készítmények:

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

Összesen: _____-Ft

A kezelőorvos egyéb észrevétele, közlendője, javaslata gyógyhatású készítményekre:

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

Kelt:.....,év,hónapnap

.....
Kezelőorvos aláírása,
bélyegző lenyomata