**KÉRELEM**

**Települési létfenntartási támogatás**

(Gyógyszertámogatás megállapításához)

**Kérelmező adatai:**

Név:……………………………………………… Leánykori név:………………………………

Szül.hely, idő:………………………………….. Anyja neve:…………………………………...

Lakcím:………………………………………… Nettó jövedelem:……………………………...

Tartózkodási hely:…………………………….. Családi állapot:……………………………….

Kérelmező TAJ száma:………………………..

**A Kérelmezővel közös háztartásban élők adatai:**

Név:…………………………….. ……… Szül.idő:……………... …Jövedelem:…..……………………………..

Név:……………………………....…… Szül.idő:………………. Jövedelem:…………………………………

Név:…………………………………..... Szül.idő……………….. Jövedelem:…………………………………

Név:…………………………………..... Szül.idő……………….. Jövedelem:…………………………………

**A segélykérelem indoklása:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Alulírott hozzájárulok, hogy személyes adataimat (közös háztartásban élő hozzátartozóim személyes adatait) a jogosultság megállapítása és teljesítése céljából kezeljék.

Monor, 2015. ……………………. ………………………………

 Kérelmező

 vagy törvényes képviselője aláírása