**KÉRELEM**

**Települési létfenntartási támogatás**

**(Gyógyszertámogatás megállapításához)**

**Kérelmező adatai:**

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

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

**Lakcím**:………………………………………… **Havi jövedelme**:……………………………...

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

**Kérelmező TAJ száma**:……………………….. **Telefonszám**:…………………………………

 **Kérelmezővel közös háztartásban élők adatai:**

1. **Név/lánykori név**/:………………………………… **Szül.hely, idő**…………….......................................

**Taj száma**:………………………………………… **Jövedelem**:……………………................................

1. **Név/lánykori név**/:………………………………… **Szül.hely, idő**…………….......................................

**Taj száma**:………………………………………… **Jövedelem**:……………………................................

1. **Név/lánykori név**/:………………………………… **Szül.hely, idő**…………….......................................

**Taj száma**:………………………………………… **Jövedelem**:……………………................................

1. **Név/lánykori név**/:………………………………… **Szül.hely, idő**…………….......................................

**Taj száma**:………………………………………… **Jövedelem**:……………………................................

**A segélykérelem indoklása:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

Monor, ……..……………………. ………………………………

 **Kérelmező**

 **vagy törvényes képviselője aláírása**