

KÉRELEM

egészségügyi szolgáltatásra való jogosultság megállapítására szociális rászorultság alapján.

Név: _____ TAJ szám: _____

Születési hely, idő: _____ An.: _____

Születési név: _____

Lakcím: _____

Tartózkodási hely: _____

Kérelmező családi állapota egyedülálló házastársával/élettársával él együtt

Jövedelmi adatok

Jövedelem típusa	Kérelmező	Házastárs/élettárs
	H a v i j ö v e d e l m e Ft	
Nyugdíj v. nyugdíjszerű ellátás		
Kereső tevékenységből származó jövedelem		
Egyéb jövedelem		
Összesen:		

A kérelmezővel együtt élő, eltartott gyermekeinek száma összesen: _____ fő.

Név	Születési hely,év,hó, nap	16. életévét betöltött személy esetén az oktatási intézmény megnevezése	Megjegyzés*

*Ebben az oszlopban kell feltüntetni, ha a 16-20 év közötti gyermek nem jár oktatási intézménybe, de önálló keresettel még nem rendelkezik, vagy életkortól függetlenül a tartós betegség vagy fogyatékoság fennállását.

Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt jövedelmi adatok valódiságát a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. tv. 10. §. (3) bekezdése alapján a szociális hatáskört gyakorló szerv –az állami adóhatóság útján- ellenőrizheti.

Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához.

Sonkád, 2010. _____ hó _____ nap

Kérelmező aláírása

házastárs/élettárs aláírása

A kérelemhez csatolandó: a család utolsó 3 havi jövedelemigazolása.