PÁLYÁZATI FORMANYOMTATVÁNY
Gyógyszertámogatási Program nyugdíjasok részére
CSERE KÖR KÖZÖSSÉGI Egyesület

1. A pályázó személyes adatai

Név:
.....
Születési név:
.....
Születési hely, idő:
.....
Anyja neve:
.....
Lakcím:
.....
Levelezési cím, ha eltér a lakcímtől:
.....
Telefonszám:
.....
E-mail-cím, ha rendelkezik vele:
.....

2. A pályázó nyugdíjára és jövedelmére vonatkozó adatok

Havi nyugdíj összege: ..... Ft/hó

Kijelentem, hogy havi nyugdíjam összege:
☐ **180 000 Ft alatt van.**
A pályázathoz csatolt nyugdíjösszeget igazoló dokumentum megnevezése:
☐ nyugdíjfolyósító szerv igazolása
☐ bankszámlakivonat
☐ nyugdíjszelvény / postai kifizetést igazoló dokumentum
☐ egyéb: .....
Rendelkezik-e a nyugdíján kívül rendszeres jövedelemmel?
☐ Nem
☐ Igen
Amennyiben igen, annak jogcíme és havi összege:
.....
.....

3. Gyógyszerkiadások

Átlagos havi gyógyszerkiadás összege:
..... Ft/hó
A rendszeresen felmerülő gyógyszerkiadással kapcsolatban megjegyzés:
.....
.....
.....

4. Nyilatkozat más gyógyszertámogatás igénybevételéről

Kijelentem, hogy jelen pályázat benyújtásakor:
☐ **nem részesülök** más szervezettől, önkormányzattól, alapítványtól, egyesülettől, egyházi vagy karitatív szervezettől, illetve egyéb forrásból gyógyszervásárláshoz kapcsolódó rendszeres vagy eseti támogatásban.
☐ **részesülök** más forrásból gyógyszervásárláshoz kapcsolódó támogatásban.

Amennyiben igen:
A támogatást nyújtó szervezet/intézmény neve:

.....

A támogatás formája:

.....

A támogatás összege:

..... Ft

☐ havonta
☐ évente
☐ alkalmanként
☐ egyéb rendszerességgel: .....
A támogatás időtartama:

.....

Tudomásul veszem, hogy más gyógyszertámogatás igénybevétele önmagában nem feltétlenül kizáró ok, azonban annak összege és rendszeressége a rászorultság vizsgálata során figyelembe vehető.
Vállalom, hogy a támogatási időszak alatt a más forrásból kapott gyógyszertámogatásomban bekövetkező lényeges változásról a CSERE KÖR KÖZÖSSÉGI Egyesületet tájékoztatom.

5. A pályázó háztartására és szociális helyzetére vonatkozó adatok

Egyedül él?
☐ Igen
☐ Nem
A háztartásban élők száma: ..... fő
Van-e a pályázónak olyan rendszeres, jelentős kiadása, amely a rászorultság megítélése szempontjából fontos lehet?
☐ Nem
☐ Igen
Ha igen, röviden ismertesse:

.....

.....

.....

Egyéb körülmény, amelyet a pályázat elbírálásánál szeretne, ha az Egyesület figyelembe venne:

.....

.....

.....

6. A támogatás folyósításához szükséges bankszámlaadatok

Bankszámlaszám:

.....

Bankszámla tulajdonosának neve:

.....

A megadott bankszámla:
☐ a saját nevemen vezetett bankszámla;

☐ más személy tulajdonában álló bankszámla.
Amennyiben a bankszámla nem a pályázó saját tulajdonában van, a pályázathoz vagy legkésőbb az első támogatás folyósítása előtt csatolni kell a *Bankszámla használatára vonatkozó hozzájáruló nyilatkozatot,* amelyet a pályázó és a bankszámla tulajdonosa egyaránt aláír.

7. A támogatás igénybevételére vonatkozó nyilatkozatok

Alulírott pályázó kijelentem, hogy:
☐ a Gyógyszertámogatási Program pályázati feltételeit megismertem és elfogadom;
☐ tudomásul veszem, hogy a támogatás összege legfeljebb havi 10 000 Ft;
☐ tudomásul veszem, hogy amennyiben a benyújtott és elfogadható gyógyszertári számla összege 10 000 Ft-nál alacsonyabb, kizárólag a számlával igazolt összeg téríthető meg;
☐ tudomásul veszem, hogy a támogatás 12 hónapra kerül megállapításra, ezt követően új pályázat benyújtása szükséges;
☐ tudomásul veszem, hogy a támogatás nem automatikusan jár, annak megítéléséről a CSERE KÖR KÖZÖSSÉGI Egyesület rászorultsági vizsgálat alapján dönt;
☐ vállalom, hogy a támogatás igénybevételéhez az előírt gyógyszertári számlát benyújtom;
☐ tudomásul veszem, hogy a számlának a CSERE KÖR KÖZÖSSÉGI Egyesület nevére kell szólnia, és azon a támogatott nevét is fel kell tüntetni;
☐ vállalom, hogy a pályázatban megadott adataimban és a támogatási jogosultságomat érintő körülményeimben bekövetkező lényeges változásról az Egyesületet tájékoztatom.

8. A pályázó nyilatkozata a megadott adatok valódiságáról

Alulírott kijelentem, hogy a jelen pályázati adatlapon és annak mellékleteiben közölt adatok és nyilatkozatok a valóságnak megfelelnek.
Tudomásul veszem, hogy valótlan adat vagy megtévesztő nyilatkozat közlése a pályázat elutasítását, illetve már megítélt támogatás esetén a támogatási jogosultság megszüntetését eredményezheti.

Kelt: ....., ... év ..... hó ..... nap
Pályázó neve olvashatóan:

.....

Pályázó aláírása:

.....

10. Csatolandó dokumentumok

Kérjük, jelölje a benyújtott mellékleteket:
☐ a havi nyugdíj összegét igazoló dokumentum;
☐ szükség esetén egyéb rendszeres jövedelem igazolása;
☐ adatkezeléshez kapcsolódó szükséges nyilatkozatok;
☐ idegen bankszámla használata esetén Bankszámla használatára vonatkozó hozzájáruló nyilatkozat;
☐ egyéb dokumentum: .....

CSERE KÖR KÖZÖSSÉGI Egyesület tölti ki

Pályázat beérkezésének dátuma: ……

Pályázati azonosító: ……

Hiánypótlás szükséges:

☐ Nem

☐ Igen

Hiánypótlás teljesítésének dátuma: ……

Rászorultsági vizsgálat eredménye / megjegyzés:

……

……

Döntés:

☐ Támogatott

☐ Elutasított

Támogatási időszak kezdete: ……

Támogatási időszak vége: ……

Döntés dátuma: ……