KÉRELEM

FELNŐTTEK TÜDŐGYULLADÁS ELLENI VÉDŐOLTÁSI TÁMOGATÁS

MEGÁLLAPÍTÁSÁHOZ

Alulírott kérelmezem, a pneumococcus baktérium okozta tüdőgyulladás elleni védőoltási támogatás megállapítását, tekintettel arra, hogy 65. életévemet betöltöttem, nettó havi jövedelmem nem haladja meg a 140.000,-Ft-ot és a védőoltás beadása részemre megtörtént.

Fentieket a kérelem nyomtatvány csatolt mellékleteivel igazolom.

1. A kérelmező adatai:

|  |
| --- |
| Neve: ......................................................................................................................................... |
| Születési neve: .......................................................................................................................... |
| Anyja neve: ............................................................................................................................... |
| Születés helye, ideje (év, hó, nap): ........................................................................................... |
| Lakóhelye:     irányítószám ................................................................ település .........................................................utca/út/tér .............. házszám ............ épület/lépcsőház ............... emelet, ajtó |
| Tartózkodási helye:     irányítószám ........................................................................ település ...........................................................utca/út/tér .............. házszám ............ épület/lépcsőház ............... emelet, ajtóÉletvitelszerűen: lakóhelyemen /tartózkodási helyemen tartózkodom. *(megfelelő rész aláhúzandó)*

|  |
| --- |
| Társadalombiztosítási Azonosító Jele:         Állampolgársága: ...................................................................................................................... |
| Telefonszám:…………………………….. Email:……………………………………………(nem kötelező adat) |
| A kérelmező idegenrendészeti státusza (nem magyar állampolgárság esetén):……………………. |

 |

Amennyiben a támogatás folyósítását bankszámlára kéri:

Számlavezető pénzintézet megnevezése:...................................................................................

Pénzforgalmi számlaszáma: ..............................-.........................-............................................

Egy havi nettó jövedelmem:……………

A kérelem rövid indoka:

2. Nyilatkozatok:

2.1. Tudomásul veszem, hogy a Hatóság a közölt adatok valódiságát ellenőrizheti.

2.2. Felelősségem tudatában kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

2.3. Tájékoztatjuk, hogy a nyomtatványon megadott személyes adatokat az általános közigazgatási rendtartásról szóló 2016. évi CL. törvény 27. § (1) bekezdésében, a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 18. §-a, a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény 138. §-a és a Budapest Főváros II. Kerületi Önkormányzat Képviselő-testületének a felnőttek tüdőgyulladás elleni védőoltásának támogatásáról szóló 32/2020.(IX.24) önkormányzati rendeletében meghatározott jogalappal, célból, körben kezeljük.

Amennyiben Ön a megjelölt jogszabályokban megjelölteteken túl további személyes adatot is megad a fentiek szerint, úgy azokat a tényállás tisztázásához elengedhetetlenül szükséges más személyes adatoknak tekintjük. Ezen adatokra vonatkozóan Ön az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény szerinti hozzájárulását vélelmezzük, amellyel egyidejűleg nyilatkozik, hogy amennyiben harmadik fél adatait is megadja, úgy a megadott személyes adatok előttünk történő feltárására az érintettől megfelelő felhatalmazással rendelkezik.

A fenti tájékoztatást tudomásul veszem.

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

Budapest, ……………………

 ……..……………………………

 Kérelmező aláírása

Kérelemhez mellékelni kell:

* kérelmező egy havi nettó jövedelméről igazolás (munkáltatói igazolás, nyugdíjszelvény, banki kivonat, nyugdíj értesítő, stb.)
* az oltóanyag költségéről gyógyszertári bizonylat (blokk, számla)
* háziorvosi igazolás az oltóanyag beadásáról