**7. melléklet a 5/2021. (IX. 15.) önkormányzati rendelethez**

Benyújtandó:

**Cserépfalui Közös Önkormányzati Hivatal**

**Bükkzsérci Kirendeltsége**

**3414 Bükkzsérc, Petőfi út 4.**

**K É R E L E M**

**nem kötelező védőoltás költségtámogatás megállapításához**

1. **Az igénylő adatai (törvényes képviselő):**

 Kérelmező neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Születési neve: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Születési helye, ideje:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anyja neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: /TAJ szám/: \_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_ -\_\_\_\_\_\_\_\_

Adó azonosító jele: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Oltandó adati (amennyiben az oltandó kiskorú)**

Neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Születési helye, ideje:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anyja neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: /TAJ szám/: \_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_ -\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Lakóhely:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ( település) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (utca )\_\_\_\_ (sz.)

**Tartózkodási helye:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(település) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( utca) \_\_\_ (hsz.)

 ( A lakcímnyilvántartásba bejelentett, lakcímkártyán szereplő lakóhelyet, tartózkodási helyet kell feltüntetni.)

**Kijelentem,** hogy **életvitelszerűen lakóhelyemen** vagy **tartózkodási helyemen élek** *( A meg-felelő rész aláhúzandó, azzal, hogy ezt a nyilatkozatot csak abban az esetben kell megtenni, ha bejelentett lakó- és tartózkodási hellyel is rendelkezik.)*

**4. Igényelt védőoltás az alap immunitás eléréséig** (aláhúzással kérjük megjelölni):

* **bárányhimlő elleni** -Varivax oltóanyag
* **agyhártyagyulladást megelőző B típus**-Bexsero oltóanyag
* **agyhártyagyulladást megelőző C típus**-Neis Vac-CMen Quadfi
* **rotavírus elleni**-Rotarix oltóanyag
* **kullancs okozta agyhártya gyulladás elleni**-Encepur Junior, Encepur Adults és FSME\_IMMUN oltóanyag”

**5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (név), mint háziorvos nyilatkozom, hogy a védőoltás beadását vállalom, és az oltási reakciókról és a lázcsillapításról az érintetett tájékoztattam.**

**Dátum: \_\_\_\_ év \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hó \_\_\_ nap**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **háziorvos aláírása, pecsétje**

**6. Egyéb nyilatkozatok:**

Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt jövedelmi adatok valódiságát *a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 10.§-ának (7) bekezdése* alapján a szociális hatáskört gyakorló szerv – a NAV hatáskörrel és illetékességgel rendelkező igazgatósága útján – ellenőrizheti.

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

**Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek.**

**Tudomásul veszem, hogy valótlan adatközlés esetén a támogatás megszüntetésre kerül a jogosulatlanul és rosszhiszeműen igénybe vett támogatást a folyósító szerv kamattal megemelt összegben visszaköveteli.**

**Bükkzsérc, \_\_\_\_ év \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hó \_\_\_ nap**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **kérelmező aláírása**

**Nem kötelező védőoltások biztosítása**

15. §25 A Képviselőtestület a Bükkzsércen lakóhellyel vagy tartózkodási hellyel rendelkező kiskorúak számára ajánlott nem kötelező védőoltások közül az alábbiak költségeit természetbeni támogatásként a kiskorú törvényes képviselője útján térítésmentesen biztosítja az alap immunitás eléréséig. Támogatott védőoltások

a) bárányhimlő elleni -Varivax oltóanyag

b) agyhártyagyulladást megelőző B típus-Bexsero oltóanyag

c) agyhártyagyulladást megelőző C típus-Neis Vac-CMen Quadfi

d) rota vírus elleni-Rotarix oltóanyag

e) kullancs okozta agyhártya gyulladás elleni-Encepur Junior, Encepur Adults és FSME\_IMMUN oltóanyag”

6 Módosította: 3/2017. (III.30.) Önkormányzati rendelete 2.§ (1), Hatályos: 2017. IV. 14-től