



KÉRELEM

Települési ápolási támogatás megállapítására

I. Személyi adatok

1. A kérelmező személyre vonatkozó adatok:

Neve:

Születési neve:.....

Anyja neve:.....

Születés helye, ideje:.....

Lakóhely: irányítószám.....település

..... utca/út/tér házszám

..... épület/lépcsőház..... emelet, ajtó

Tartózkodási hely:.....irányítószám.....település

..... utca/út/tér házszám/lépcsőház..... emelet, ajtó

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:.....

Adóazonosító jele:

Telefonszám (nem kötelező megadni):.....

Fizetési számlaszám és a számlavezető pénzintézet neve:

.....

2. Kérelmező háztartásában élők személyi adatai:

Név, születési név	Születési hely, idő	Anyja neve	Taj-szám

3. Az ápolott személyre vonatkozó adatok:

Neve:

Születési neve:.....

Anyja neve:.....

Születés helye, ideje:.....

Lakóhely: irányítószám település

..... utca/út/tér házszám.....épület/lépcsőház..... emelet, ajtó

Tartózkodási hely irányítószám település

..... utca/út/tér házszám épület/lépcsőház..... emelet, ajtó

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:.....

Adóazonosító jele:

Telefonszám (nem kötelező megadni):.....

Ha az ápoltság nem cselekvőképes, a törvényes képviselő neve:

.....

A törvényes képviselő lakcíme, elérhetősége:

.....

A rokoni kapcsolat jellege az ápoltság és az ápolóság között:.....

Jelen kérelem aláírásával egyidejűleg egyetértek azzal, hogy az otthoni ápolást, gondozást az ápoltság díjat kérelmező hozzátartozóm végezze, továbbá hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához.

II. Jövedelmi adatok

A kérelmező, valamint a vele közös háztartásban élő személyeknek a havi jövedelme forintban:

	A.	B.	C.				
	A jövedelem típusa	Kérelmező	A kérelmezővel közös háztartásban élő további személyek				
1.	Munkaviszonyból és más foglalkozási jogviszonyból származó ebből: közfoglalkoztatásból származó						
2.	Gyermekgondozási támogatások						
3.	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások						
4.	Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások						
5.	Egyéb jövedelem						
6.	Összes jövedelem						

III. Nyilatkozatok

Az ápolási díj megállapítását arra való tekintettel kérem, hogy az ápolat személy 18. életévét betöltött tartósan beteg.

Kijelentem, hogy keresőtevékenységet:

- nem folytatok,
- napi 4 órában folytatok,
- otthonomban folytatok.

Kijelentem, hogy nappali tagozaton tanulói, hallgatói jogviszonyban

- nem állok,
- állok.

Kijelentem, hogy rendszeres pénzellátásban

- részesülök és annak havi összege:,
- nem részesülök.

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

Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt jövedelmi adatok valóságát 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 adóigazgatósága útján - ellenőrizheti.

Kijelentem, hogy együttműködöm az önkormányzattal szociális helyzetem feltárásában.

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

Az általános közigazgatási rendtartásról szóló módosított 2016. évi CL. törvény 64. § (2) bekezdése alapján az ügyfél vagy képviselője, ha más tudomása ellenére az ügy szempontjából jelentős tény elhallgat, vagy valótlan adatot szolgáltat, eljárási bírsággal sújtható. Az eljárási bírság legkisebb összege esetenként tízezer forint, legmagasabb összege természetes személy esetén ötszázezer forint. Az eljárási bírság egy eljárásban, ugyanazon kötelezettség ismételt megszegése vagy más kötelezettség megszegés esetén ismételt is kiszabható.

Pozitív elbírálás esetén fellebbezési jogomról lemondok.

.....
aláírás

Az eljárás megindításáról értesítést kérek / nem kérek.

Kelt:

.....

kérelmező aláírása

.....

az ápolat személy/törvényes képviselő aláírása

A kérelemhez mellékelni kell:

- a háztartás tagjai jövedelmének hitelt érdemlő igazolását,
- orvosi igazolást

IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY

a települési ápolási díj megállapításához/kötelező felülvizsgálatához

Igazolom, hogy

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Tartósan beteg.

A fenti igazolást nevezett részére, a..... számú szakvélemény alapján állítottam ki.

A szakvéleményem szerint a fent nevezett személy betegsége miatt állandó és tartós gondozásra szorul.

A gondozás várható időtartama:

3 hónapnál hosszabb, vagy

3 hónapnál rövidebb.

(A megfelelőt jelölje x jellel!)

Kelt:

P. H.

.....
házi orvos aláírása
munkahelyének címe

TÁJÉKOZTATÓ a háziiorvosi igazolás és szakvélemény kitöltéséhez

A megfelelő választ X-szel kell jelölni, illetve a hiányzó adatokat kitölteni.

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 41. § (3) bekezdése szerint az ápolási díjra való jogosultság szempontjából:

1. *Súlyosan fogyatékos személy az, akinek*

a) segédeszközzel vagy műtéti úton nem korrigálható módon látóképessége teljesen hiányzik, vagy aliglátóként minimális látásmaradvánnyal rendelkezik, és ezért kizárólag tapintó-halló életmód folytatására képes,

b) hallásvesztése olyan mértékű, hogy a beszédnek hallás útján történő megértésére és spontán elsajátítására segédeszközzel sem képes, és halláskárosodás miatt a hangzó beszéd érthető ejtése elmarad,

c) értelmi akadályozottsága genetikai, illetőleg magzati károsodás vagy szülési trauma következtében, továbbá tizennegyedik életévét megelőzően bekövetkező súlyos betegség miatt középsúlyos vagy annál nagyobb mértékű, továbbá aki IQ értékétől függetlenül a személyiség egészét érintő (pervazív) fejlődési zavarban szenved, és az autonómiai tesztek alapján állapota súlyosnak vagy középsúlyosnak minősíthető (BNO szerinti besorolása: F84.0-F84.9),

d) mozgásszervi károsodása, illetőleg funkciózavara olyan mértékű, hogy helyváltoztatása a külön jogszabályban meghatározott segédeszköz állandó és szükségszerű használatát igényli, vagy állapota miatt helyváltoztatásra még segédeszközzel sem képes, vagy végtaghiánya miatt önmaga ellátására nem képes és állandó ápolásra, gondozásra szorul.

2. *Tartósan beteg az a személy, aki előreláthatólag három hónapnál hosszabb időtartamban állandó ápolást, gondozást igényel.*