

**2. melléklet a 2/2015.(II.27.) önkormányzati rendelethez**

***KÉRELEM***

***a 18. életévét betöltött tartósan beteg személy ápolására tekintettel nyújtott települési támogatás megállapítására***

***Az ápolást végző személyre vonatkozó adatok***

***Személyes adatok***

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, idő (év, hó, nap):.....

Lakóhelye:.....

Tartózkodási helye: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

Adóazonosító jele: .....

Állampolgársága:.....

Az ápolat személlyel való rokoni kapcsolat: .....

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

Fizetési számlaszám (akkor kell megadni, ha a folyósítást fizetési számlaszámra kéri)

.....

A fizetési számlát vezető pénzüintézet neve: .....

.....

A kérelmező idegenrendészeti státusza ( nem magyar állampolgárság esetén):

- szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, vagy
- EU kék kártyával rendelkező, vagy
- bevándorolt/letelepedett, vagy
- menekült/oltalmazott/hontalan

**Kijelentem, hogy**

- keresőtevékenységet:

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

- nappali tagozaton tanulói, hallgatói jogviszonyban nem állok;

- rendszeres pénzellátásban

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

- az ápolási tevékenységet:

- a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen,
- az ápolat személy lakóhelyén/tartózkodási helyén végzem  
(megfelelő rész aláhúzendó);

- életvitelszerűen a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen élek  
(a megfelelő rész aláhúzendó).

## ***Az ápolts személyre vonatkozó adatok***

### ***Személyes adatok***

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, idő (év, hó, nap):.....

Lakóhelye:.....

Tartózkodási helye: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

Ha az ápolts személy nem cselekvőképes, a törvényes képviselő neve:

.....

A törvényes képviselő lakcíme:.....

### ***Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat***

Egyetértek azzal, hogy az otthoni ápolásomat, gondozásomat a kérelmező hozzátartozóm végezze.

### ***A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók adatai***

A kérelmező családjában, a kérelmezővel azonos lakcímen élő közeli hozzátartozók száma: ..... fő.

	A	B	C	D	E
1.	Közeli hozzátartozó neve (születési neve)	Anyja neve	Születési helye, ideje (év, hó, nap)	Társadalombiztosítási Azonosító Jele	Családi kapcsolat megnevezése
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

\* Ebben az oszlopban kell feltüntetni, ha

- a) a 20 évesnél fiatalabb gyermek nem jár oktatási intézménybe, de önálló keresettel még nem rendelkezik,
- b) életkortól függetlenül a gyermek tartós betegségének vagy fogyatékosságának fennállását, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt.

**Jövedelmi adatok**

A kérelmező, valamint a családban élő közeli hozzátartozóinak a havi jövedelme forintban:

	A	B	C			
1.	A jövedelem típusa	Kérelmező	A családban élő közeli hozzátartozók			
2.	Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó ebből közfoglalkoztatásból származó					
3.	Társas és egyéni vállalkozásból, östermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó					
4.	Táppénz, gyermekgondozási támogatások					
5.	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások					
6.	Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások					
7.	Egyéb jövedelem					
8.	Összes jövedelem					

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a nyilatkozatban közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Egy főre jutó havi nettó családi jövedelem: .....Ft/hó/fő

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

Kelt: .....

.....  
az ápolást végző személy aláírása

.....  
az ápolat személy/törvényes képviselője aláírása