



Hidas Község  
Önkormányzat  
Polgármesteri Hivatal  
7696 Hidas  
utca 50/II.  
Tel/fax:72

2. melléklet a 4/2021.(III.24.) önkormányzati rendelethez.

Iktatóbélyegző helye:

Ügyfélfogadási idő: hétfő-kedd-csütörtök: 8.30-15 óráig, péntek: 8.30-12 óráig, szerda: nincs

## K É R E L E M

### Települési rendszeres ápolási támogatás megállapítására

#### I. Az ápolást végző személyre vonatkozó adatok

##### 1.) Személyes adatok

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, év, hó, nap: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

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 pénzintézet neve: .....

A kérelmező idegenrendészeti státusza (nem magyar állampolgár esetén):

- szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, vagy

- EU kék kártyával rendelkező, vagy

- bevándorolt/letelepedett, vagy

- menekült/oltalmazott/hontalan.

##### 2.) Jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok:

a) A települési ápolási támogatás megállapítását arra való tekintettel kérem, hogy az ápolat személy:

18. életévét betöltött tartósan beteg

b) Kijelentem, hogy

– keresőtevékenységet:

nem folytatok

napi 4 órában folytatok

otthonomban folytatok

- nappali tagozaton tanulói, hallgatói jogviszonyban nem állok

– rendszeres pénzellátásban

- részesülők és annak havi összege: .....  
 nem részesülők

– az ápolási tevékenységet:

- a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen  
 az ápolat személy lakóhelyén/tartózkodási helyén

végzem.

– életvitelszerűen a lakóhelyemen vagy tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzendó)

c) Az ápolat személy:

- közoktatási intézmény tanulója  
 nappali szociális intézményi ellátásban részesül,  
 felsőoktatási intézmény hallgatója

d) A települési ápolási támogatást igénylő családjának élők száma: .....jövendeli adatai:

A jövendeli típusai	Kérelmező jövendeli	A kérelmező házastársa/élettársa jövendeli	családban élők jövendeli			
1. Munkaviszonyból, és más jogviszonyból származó Ebből közfoglalkoztatás						
2. Társas és egyéni vállalkozásból, östermelő, illetve szellemi és más önálló tevékenységéből származó jövendeli						
3. Táppénz, gyermekgondozási támogatások						
3. Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások						
5. Önkormányzat, járási hivatal és munkügyi szervezetek által folyósított ellátások						
6. Egyéb jövendeli						
7. Összes jövendeli						

## II. Az ápolat személyre vonatkozó adatok

### 1.) Személyes adatok

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, év, hó, nap: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

Ha az ápolat személy cselekvőképtelen vagy cselekvőképességében teljesen korlátozott, a törvényes képviselő neve: .....

A törvényes képviselő lakcíme: .....

### 2.) Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat

- Egyetértek azzal, hogy az otthoni ápolásomat, gondozásomat a települési ápolási támogatást kérelmező hozzátartozóm végezze.

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

Hidas, .....

.....

az ápolat végző személy aláírása

az ápolat személy vagy törvényes képviselője aláírása

**IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY**

**a települési rendszeres ápolási támogatás  
megállapításához/felülvizsgálatához**  
(Az ápolat személy háziorvosa tölti ki.)

Igazolom, hogy

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, év, hó, nap: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

Tartósan beteg

Szakvéleményem szerint a fent nevezett személy betegsége miatt **állandó és tartós gondozásra szorul**. A gondozás várható időtartama:

3 hónapnál hosszabb, vagy

3 hónapnál rövidebb.

Dátum: .....

P.H.

.....  
háziorvos aláírása  
munkahelyének címe

**Igazolás a települési ápolási támogatás megállapításához**

Igazolom, hogy (név):.....

Anyja neve: .....

Születési hely, év, hó, nap: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

„A” köznevelési intézmény tanulója,  
„B” nappali ellátást nyújtó vagy bentlakásos szociális intézményi ellátásban részesül,  
„C” felsőoktatási intézmény nappali képzésében részt vevő hallgatója.

**Az intézmény megnevezése:**

Az „A” pontban foglalt esetben az intézményben eltöltött idő a nemzeti köznevelésről szóló törvényben a köznevelési intézményben való kötelező tartózkodásra meghatározott időtartamot:

meghaladja

nem haladja meg.

A „B” pontban foglalt esetben az intézmény igénybevétele, illetőleg a „C” pont szerinti esetben az intézmény látogatási kötelezettségének időtartama átlagosan a napi 5 órát:

meghaladja

nem haladja meg.

Az „A”-„C” pontban foglalt intézmény igénybevétele, illetve az intézmény látogatása az ápolást végző személy rendszeres közreműködését:

szükségessé teszi

nem teszi szükségessé.

Dátum: .....

P.H.

.....  
intézményvezető