

KÉRELEM**Települési támogatáshoz a 18. életévét betöltött tartósan beteg ápolását, gondozását végző hozzátartozója részére***I. Az ápolást végző személyre vonatkozó adatok**1. Személyi adatok:*

Neve:.....
 Születési neve:.....
 Anyja neve:.....
 Születési hely, év, hó, nap:.....
 Lakóhely:.....
 Tartózkodási hely:.....
 Társadalombiztosítási Azonosító Jele:.....
 Adóazonosító jele:.....
 Az ápolat személlyel való rokoni kapcsolat:.....
 Telefonszám:.....
 Bankszámlaszám:.....
 Folyószámlát vezető pénzintézet neve:.....

2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok:

a) A települési 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

részesülök és annak havi összege:.....

nem részesülök

- az ápolási tevékenységet:

a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen

az ápolat személy lakóhelyén/tartózkodási helyén végzem.

- életvitelszerűen a lakóhelyemen vagy tartózkodási helyemen élek (a megfelelő aláhúzendó)

c) Az ápolat személy:

nappali szociális intézményi ellátásban részesül,

felsőoktatási intézmény hallgatója.

*II. Az ápolat személyre vonatkozó adatok**1. Személyi adatok:*

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Ha az ápolat személy nem cselekvőképese, a törvényes képviselő neve:

A törvényes képviselő lakcíme:

2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat:

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

Dátum:.....

.....
az ápolást végző személy aláírása az ápolat személy vagy törvényes képviselője aláírása

A kérelemhez csatolni kell a 1. számú függelék szerinti vagyony nyilatkozatot.