

KÉRELEM

települési ápolási díj 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:

Állampolgársága:

Az ápolt személlyel való rokoni kapcsolata:

Telefonszám (nem kötelező megadni):

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

A fizetési számlát vezető pénzintézet neve:

Kijelentem, hogy

1.keresőtevékenységet: nem folytatok, napi 4 órában folytatok, otthonomban folytatok;

nappali tagozaton tanulói, hallgatói jogviszonyban nem állok;

2.rendszeres pénzellátásban részesülök és annak havi összege:,
az ellátás típusa, összege:..... nem részesülök;

3.az ápolási tevékenységet: a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen, az ápolt személy lakóhelyén/tartózkodási helyén végzem

(a megfelelő aláhúzendó)

Az ápolt személyre vonatkozó adatok

Személyes adatok

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, idő (év, hó, nap):

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

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

A törvényes képviselő lakcíme:

Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat

- Egyetértek azzal, hogy az otthoni ápolásomat, gondozásomat az ápolási díjat kérelmező hozzátartozóm végezze.
- Hozzájárulok ahhoz, hogy az önkiszolgáló képességem megítéléséhez szükséges vizsgálatokat elvégezzék.

A tárgyévben települési támogatásban **részesültem / nem részesültem** (aláhúzendó)

Ha részesülök, ennek, ennek részletezése.

- ápolási díj:Ft/hó
- gyógyszertámogatás
- egyszeri támogatás, melynek jogcíme, összege:.....

Kérelmemhez a jövedelem és vagyonnyilatkozatot csatolom.

Alulírott igénylő aláírással tudomásul veszem, hogy nem nyújtható önkormányzati támogatás annak a személynek, aki a körülményeivel kapcsolatban valótlan adatot, tényt közöl. A jogosulatlanul és rosszhiszeműen felvett támogatás a mindenkori jegybanki alapkamat emelt összegével kell visszafizetni. Hozzájárulok ahhoz, hogy személyi adataimba az önkormányzat képviselő-testületének, bizottságának képviselő és nem képviselő tagjai feldolgozás és döntéshozatal céljából beletekinthessenek

Kérelmem mellékleteként csatolom házi orvos igazolását a 4. számú melléklet szerint.

Sellye,

.....
az ápolást végző személy aláírása

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