

**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 ápolat 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 ápolat személy lakóhelyén/tartózkodási helyén végzem

(a megfelelő aláhúzendó)

**Az ápolat 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
- gyógyszer-támogatás .....
- egyszeri támogatás, melynek jogcíme, összege:.....

**Kérelmemhez a jövedelem és vagyonnyilatkozatot csatolom.**

**Alulírott igénylő aláírásommal 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.

Kelt, .....

.....  
az ápolást végző személy aláírása

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

