

KÉRELEM

az ápolási célú települési 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):

Bankszámlaszám:

A folyószámlát vezető pénzintézet 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.

A kérelmező családi körülményei:

egyedül élő

nem egyedül élő

2. A közeli hozzátartozókra és jövedelmükre vonatkozó adatok

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

..... fő

Közeli hozzátartozó neve (születési neve)	Születési helye ideje	Anyja neve	Társadalombiztosítási Azonosító Jele	Családi kapcsolat megnevezése

Jövedelmi adatok

A jövedelmek típusai	A kérelmező jövedelme	A kérelmezővel közös háztartásban élő egyéb rokonok jövedelme
1.Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó, ebből: közfoglalkoztatási jogviszonyból származó		
2.Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó jövedelem		
3Táppénz, gyermekgondozási támogatások		
4.Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások		
5.Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított rendszeres pénzbeli ellátások		
6.Egyéb jövedelem		
7.Összes jövedelem		

Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt adatok valódiságát a szociális igazgatásáról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III törvény 10. §(7) bekezdése alapján szociális hatáskört gyakorló szerv – a Nemzeti Adó- és Vámhivatal hatáskörrel és illetékességgel rendelkező adóigazgatósága útján – ellenőrizheti.

3. Jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok

Anyagi és büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy

a) Az ápolási díj megállapítását arra való tekintettel kérem, hogy az ápolat személy:

18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozóm

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 ellátott 2 hót meghaladóan fekvőbeteg-gyógyintézeti, valamint nappali ellátást nyújtó vagy bentlakásos szociális intézmény ellátásában

részesül

nem részesül

- az ápoló és az ápolat személy hivatalosan eltartási szerződést kötött
nem kötött
 - az ellátott házi segítségnyújtásban részesül
nem részesül
 - Járási hivatal által folyósított ápolási díjra jogosult
nem jogosult
 - 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)
 - ápolat személlyel
közös háztartásban élek
nem közös háztartásban élek
- c) Az ápolat személy:
- közoktatási intézmény tanulója
 - nappali szociális intézményi ellátásban részesül
 - felsőoktatási intézmény hallgatója
- d) Nyilatkozom, hogy a háztartásban élő személyek az önkormányzat felé egy évet meghaladó lejárt határidejű adóhátralékkal rendelkeznek
igen, az adóhátralékkal rendelkező neve, születési helye, ideje:
nem

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:

Adóazonosító jele:

Állampolgársága:

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

A törvényes képviselő lakcíme:

2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat

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

Tudomásul veszem, hogy egyidejűleg csak egy személy ellátása után állapítható meg ápolási célú települési támogatás.

Tudomásul veszem, hogy egyidejűleg csak egy ápoló számára állapítható meg az ápolási célú települési támogatás.

Büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

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

Tudomásul veszem, hogy a jogosultságot érintő és a személyes adatokban történő változást köteles vagyok 15 napon belül bejelenteni.

Tudomásul veszem, hogy a döntéshozó utólagosan ellenőrizheti a jogosultság fennállását és a támogatás felhasználásának körülményeit.

A kérelemhez csatolom a Somogy Megyei Kormányhivatal Fonyódi Járási Hivatalának igazolását, hogy alanyi jogon nem részesülök ápolási díjban.

Dátum:

.....
az ápolást végző személy aláírása

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

Tájékoztató a kérelem kitöltéséhez

A megfelelő választ X-szel jelölni, és a hiányzó adatokat ki kell tölteni.

I. A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény (a továbbiakban: Szt.) 42. §. (1) bekezdése értelmében

nem jogosult ápolási díjra a hozzátartozó, ha:

- keresőtevékenységet folytat és munkaideje – az otthon történő munkavégzés kivételével – a napi 4 órát meghaladja,
- szakiskola, középiskola, illetve felsőoktatási intézmény nappali tagozatos tanulója, hallgatója,
- rendszeres pénzellátásban részesül, és annak összege meghaladja az ápolási díj összegét. Nem tekinthető rendszeres pénzellátásnak az a táppénz, melyet az ápolási díj folyósításának időtartama alatt végzett keresőtevékenységből adódó biztosítási jogviszony alapján – keresőképtelenné válás esetén – folyósítanak, továbbá az a saját jogú nyugdíj, korhatár előtti ellátás, szolgálati járandóság, balettművészeti életjáradék, átmeneti bányászjáradék, rokkantsági ellátás vagy a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól és egyéb törvények módosításáról szóló 2011. évi CXCI. törvény 33. §. (1) bekezdése alapján folyósított rehabilitációs ellátás, amelyet az ápolási díjban részesülő személy az Szt. 42. §. (4) bekezdése alapján kap.

rendszeres pénzellátásnak minősül: a táppénz, csecsemőgondozási díj, a gyermekgondozási díj, az öregségi nyugdíj, a korhatár előtti ellátás, a szolgálati járandóság, a balettművészeti életjáradék, az átmeneti bányászjáradék, a rehabilitációs járadék, az öregségi járadék, a munkaképtelenségi járadék, az özvegyi járadék, a növelt összegű öregségi, munkaképtelenségi és özvegyi járadék, az özvegyi nyugdíj – kivéve az ideiglenes özvegyi nyugdíjat továbbá a házastársa jogán árvaellátásra jogosult fogyatékkal élő, illetve tartósan beteg vagy legalább két árvaellátásra jogosult gyermek eltartásáról gondoskodó személy özvegyi nyugdíját-; a baleseti táppénz, a hozzátartozói baleseti nyugellátások, a foglalkoztatás elősegítéséről és munkanélküliek ellátásáról szóló törvény alapján folyósított pénzbeli ellátás, a rokkantsági ellátás a rehabilitációs ellátás, a rokkantsági járadék, a hadigondozottak és nemzeti gondozottak pénzbeli ellátásai, a gyermekgondozási segély, a gyermeknevelési támogatás, az időskorúak járadéka, a foglalkoztatást helyettesítő támogatás, a rendszeres szociális segély, az ápolási díj, a nemzeti helytállásért elnevezésű pótlék, a közszolgálati járadék, valamint a szociális biztonsági rendszereknek a Közösségen belül mozgó munkavállalókra, önálló vállalkozókra és családtagjaikra történő alkalmazásáról szóló 1408/71/EGK tanácsi rendelet alapján külföldi szerv által folyósított egyéb azonos típusú ellátás.

II. A kérelem 3 c) pontját abban az esetben kell kitölteni, ha az ápolat személy közoktatási intézmény tanulója, óvodai nevelésben részesül, nappali szociális intézményi ellátásban részesül vagy felsőoktatási intézményi ellátásban részesül vagy felsőoktatási intézmény hallgatója. Az erről szóló igazolást a kérelemhez csatolni kell.

III. A kérelemhez minden esetben mellékelni kell a háziorvos igazolását.

IV. Súlyosan fogyatékos személy

- segédeszközzel vagy műtéti úton nem korrigálható módon látóképessége teljesen hiányzik vagy alig látóként minimális látásmaradvánnyal rendelkezi, és ezért kizárólag tapintó-halló életmód folytatásra képes
- hallásvesztése olyan mértékű hogy beszédnek hallás útján történő megértése és spontán elsajátítására segédeszközökkel sem képes, és halláskárosodás miatt a hangzó beszéd érthető ejtése elmarad,
- értelmi akadályozottsága genetikai, illetőleg magzati károsodás, vagy szülési trauma következtében, továbbá tizennegyedik életévét megelőzően bekövetkező súlyos betegség miatt középsúlyos vagy annál nagyobb mértékű, továbbá aki IQ értékét ≤ 1 függetlenül a személyiség egészét érintő (pervazív) fejlődési zavarban szenved, és az autonómiai tesztek alapján állapota súlyosnak vagy középsúlyosnak minősíthető (BNO szerinti besorolása: F84.0-F84.9),
- mozgásszervi károsodása, illetőleg funkciózavara olyan mértékű, hogy helyváltoztatása a külön jogszabályban meghatározott segédeszköz állandó és szükségszerű használatát igényli, vagy állapota miatt helyváltoztatásra még segédeszközökkel sem képes, vagy végtaghiánya miatt önmaga ellátására nem képes és állandó ápolásra gondozásra szorul.

V. Tartósan beteg az a személy, aki előreláthatólag három hónapnál hosszabb időtartamban állandó ápolást, gondozást igényel.

IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY
az ápolási célú települési támogatás megállapításához/kötelező felülvizsgálatához

(Az ápolat személy háziorvosa tölti ki!)

I. Igazolom, hogy

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, idő:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jel: ____ - ____ - ____

Súlyosan fogyatékos és a súlyos fogyatékoságának jellege

- látássérült
- hallássérült
- értelmi sérült
- mozgássérült

(megfelelő válasz aláhúzendő)

Tartósan beteg

Fenti igazolást nevezett részére

az Orvosszakértői Szerv számú szakvéleménye, vagy
szakrendelő intézet szakorvosa által kiadottkeltű igazolás/zárójelentés alapján
állítottam ki.

II. Szakvéleményem szerint a fent nevezett személy fogyatékosága/betegsége miatt állandó
és tartós gondozásra szorul.

A gondozás várható időtartama:

3 hónapnál hosszabb, vagy

3 hónapnál rövidebb

Dátum:

.....
házi orvos aláírása
munkahelyének címe

P.H.