

KÉRELEM**Ápolási célú települési támogatás***1. Az ápolást végző személyre vonatkozó adatok**1.1. Személyes adatok*

- 1.1.1. Neve:
- 1.1.2. Születési neve:
- 1.1.3. Anyja neve:
- 1.1.4. Születési hely, idő (év, hó, nap):
- 1.1.5. Lakóhelye:
- 1.1.6. Tartózkodási helye:
- 1.1.7. Társadalombiztosítási Azonosító Jele:
- 1.1.8. Adóazonosító jele:
- 1.1.9. Állampolgársága:
- 1.1.10. Az ápolat személlyel való rokoni kapcsolata:
- 1.1.11. Telefonszám (nem kötelező megadni):
- 1.1.12. Fizetési számlaszám (akkor kell megadni, ha a folyósítást fizetési számlaszámra kéri):
- 1.1.13. A fizetési számlát vezető pénzüintézet neve:
- 1.1.14. A kérelmező idegenrendészeti státusza (nem magyar állampolgárság esetén):
 - 1.1.14.1. szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, vagy
 - 1.1.14.2. EU kék kártyával rendelkező, vagy
 - 1.1.14.3. bevándorolt/letelepedett, vagy
 - 1.1.14.4. menekült/oltalmazott/hontalan.

1.2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok

- 1.2.1. Az ápolási támogatás megállapítását arra való tekintettel kérem, hogy az ápolat személy:
 - 1.2.1.1. 18. életévét betöltött tartósan beteg.
- 1.2.2. Kijelentem, hogy
 - 1.2.2.1. keresőtevékenységet:
 - 1.2.2.1.1. nem folytatok,
 - 1.2.2.1.2. napi 4 órában folytatok,
 - 1.2.2.1.3. otthonomban folytatok;
 - 1.2.2.2. nappali tagozaton tanulói, hallgatói jogviszonyban nem állok;
 - 1.2.2.3. rendszeres pénzellátásban
 - 1.2.2.3.1. részesülök és annak havi összege:,
 - 1.2.2.3.2. nem részesülök;
 - 1.2.2.4. az ápolási tevékenységet:
 - 1.2.2.4.1. a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen,
 - 1.2.2.4.2. az ápolat személy lakóhelyén/tartózkodási helyén végzem (a megfelelő aláhúzendó);
 - 1.2.2.5. életvitelszerűen a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzendó).

*2. Az ápolat személyre vonatkozó adatok**2.1. Személyes adatok*

- 2.1.1. Neve:
- 2.1.2. Születési neve:

2.1.3. Anyja neve:

2.1.4. Születési hely, idő (év, hó, nap):

2.1.5. Lakóhelye:

2.1.6. Tartózkodási helye:

2.1.7. Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

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

2.1.9. A törvényes képviselő lakcíme:

2.2. *Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat*

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

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

Kelt:,

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