3. számú melléklet

**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 ápolt 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 pénzintézet 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 ápolt 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 ápolt személy lakóhelyén/tartózkodási helyén

végzem (a megfelelő aláhúzandó);

1.2.2.5. életvitelszerűen a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzandó).

*2. Az ápolt 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 ápolt 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 támogatásat kérelmező hozzátartozóm végezze.

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

Kelt: ............................................................................, ....................................................

*..........................................................     ...................................................*

    az ápolást végző személy aláírása    az ápolt személy vagy törvényes képviselője aláírása