

**N y i l a t k o z a t**  
**ÁPOLÁSI TÁMOGATÁS**  
**megállapításához**

(Az ápolást végző személy tölti ki.)

Alulírott

\_\_\_\_\_ (név)

\_\_\_\_\_ (születési

.hely, idő)

\_\_\_\_\_

s szám alatti lakos büntetőjogi felelősségem tudatában **k i j e l e n t e m**, hogy

1. korom, egészségi állapotom és fizikumom alapján, valamint az ápolat személy  
gondozási és ápolási igényére tekintettel az ápolási, gondozási tevékenységet  
el tudom látni\*            nem tudom ellátni\*

2. hogy köztem és az általam ápolat, gondozott személlyel tartási, életjáradéki vagy  
öröklési szerződése

van \*

nincs\*

\_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**ápoló aláírása**

*Megjegyzés:*

\* A megfelelő választ aláhúzással kell jelölni.