

KÉRELEM
az ápolási támogatás megállapítására

I. Az ápolást végző személyre vonatkozó adatok**1. Személyi adatok**

Kérelmező neve (születési név is)	
Anyja neve	
Születési helye, ideje	
Társadalombiztosítási Azonosító Jel (TAJ szám)	
Állampolgársága (A megfelelő rész aláhúzandó)	magyar szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, v. EU kék kártyával rendelkező, v. bevándorolt/letelepedett, v. menekült/oltalmazott/hontalan
Lakóhely	
Tartózkodási hely	
Értesítési és utalási cím	
Fizetési számlaszám (akkor kell megadni, ha a folyósítást fizetési számlára kéri)	
Telefonszám (nem kötelező adat)	
Az ápolat személlyel való rokoni kapcsolat	

2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok

a) Az ápolási támogatás megállapítását arra való tekintettel kérem, hogy az ápolat személy 18. életévét betöltött tartósan beteg¹.

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 ápolási tevékenységet:

- a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen**
- az ápolat személy lakóhelyén/tartózkodási helyén végzem.**

¹ A kérelemhez minden esetben mellékelni kell a házi orvos igazolását.

- életvitelszerűen a lakóhelyemen vagy tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzandó)

c) Az ápolat személy:

- közoktatási intézmény tanulója,**
- nappali szociális intézményi ellátásban részesül,**
- felsőoktatási intézmény hallgatója.**

II. Az ápolat személyre vonatkozó adatok

1. Személyi adatok

Kérelmező neve (születési név is)	
Anyja neve	
Születési helye, ideje	
Lakóhely	
Tartózkodási hely	
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 támogatást kérelmező hozzátartozóm végezze.
- Hozzájárulok ahhoz, hogy az önkiszolgáló képességem megítéléséhez, ezzel összefüggésben a fokozott ápolási igény megállapításához szükséges vizsgálatokat elvégezzék. (Ezt csak akkor kell jelezni, ha az ápolat személy súlyosan fogyatékos és fokozott ápolást igényel.)

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

Dátum:, (év) (hó) (nap)

.....
az ápolást végző személy aláírása

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

Nem kötelezően kitöltendő nyilatkozat!

Kijelentem, hogy a támogatás megállapítása iránti kérelmemnek teljes egészében helyt adó döntés elleni fellebbezési jogomról lemondok. Tudomásul veszem, hogy a fellebbezési jogról történő lemondó nyilatkozat nem vonható vissza. (Nemleges válasz esetén kérjük a szövegrészt áthúzással törölni!)

Hévíz, 20..... év.....hónap

.....
az ápolást végző személy aláírása

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