

N y i l a t k o z a t

települési támogatás 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozó gondozásához 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozó gondozásához települési támogatás igényléséhez

(Az ápolást végző személy tölti ki.)

Alulírott

_____ (név)

_____ (születési hely, idő)

Bugyi, _____

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

1) családomban (az egy háztartásban életvitelszerűen együttlakó hozzátartozók között) rajtam kívül ápolásra, gondozásra alkalmas más személy

van nincs

2) 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

3) az általam ápolat, gondozott személlyel tartási, életjáradéki vagy öröklési szerződése

van nincs.

Bugyi, 20 _____

ápoló aláírása

Megjegyzés:

A megfelelő választ aláhúzással kell jelölni