

ZALAAPÁTI Község Önkormányzata

KÉRELEM

ápoláshoz kapcsolódó rendszeres települési támogatás megállapításához

1. Az ápolást végző személyre (kérelmező) vonatkozó adatok: *(Nyomatott betűvel kérjük kitölteni!)*

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születés helye, ideje (év, hó, nap):

Lakóhelye:.....irányítószám.....település
utca/út/tér/köz házszám épület/lépcsőház emelet, ajtó

Tartózkodási helye:.....irányítószámtelepülés
utca/út/tér/köz házszám épület/lépcsőház emelet, ajtó

Telefonszáma: Állampolgársága:

TAJ száma: Adóazonosító jele:

Idegenrendészeti státusza: *(nem magyar állampolgár esetén a megfelelő rész aláhúzendő)*
 szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, bevándorolt, letelepedett, menekült, oltalmazott, hontalan

Családi állapota: HÁZAS HAJADON NŐTLEN ELVÁLT ÖZVEGY ÉLETTÁRS
(Kérem, aláhúzással jelölje!)

2. A kérelmezővel egy háztartásban élő közeli hozzátartozók száma: fő

3. A kérelem benyújtásának időpontjában a kérelmezővel egy háztartásban élő közeli hozzátartozók adatai:

<i>név (születési név)</i>	<i>anyja neve</i>	<i>születés helye, ideje</i>	<i>TAJ szám</i>	<i>rokoni kapcsolat</i>

4. JÖVEDELEMNYILATKOZAT

A kérelem benyújtásának időpontjában a kérelmezővel egy háztartásban élő közeli hozzátartozók figyelembe vehető jövedelmi adatainak táblázata:

jövedelem típusa	kérelmező	háztárs, élettárs	a kérelmezővel közös háztartásban élő további közeli hozzátartozó(k)				
1. Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó, ebből: közfoglalkoztatásból származó							
2. Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó							
3. Gyermek ellátásához és gondozásához kapcsolódó támogatások (GYES, GYED, GYET, családi pótlék, gyermektartásdíj)							
4. Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások							
5. Önkormányzat, járási hivatal és az állami foglalkoztatási szerv által folyósított rendszeres pénzbeli ellátások							
6. Egyéb jövedelem							
Jövedelem összesen							
Az összes jövedelmet csökkentő tényezők (gyermektartásdíj, egyéb rokontartás címén fizetett tartásdíj)							
ÖSSZES nettó jövedelem							

A kérelemben felsorolt személyek összes nettó jövedelme: Ft/hó

Egy főre jutó havi nettó jövedelem: Ft/hó

MEGJEGYZÉS: A jövedelemnyilatkozatban szereplő jövedelmekről a jövedelem típusának megfelelő iratot a kérelemhez mellékelni szükséges, kivéve a családi pótlék, GYES, GYET és a fogyatékosági támogatás igazolását.

5. A megállapított támogatást

a következő bankszámlaszámra kérem utalni:

..... – –

bankszámlatulajdonos neve:.....

készpénzben, házipénztárból kívánom felvenni.

6. **Ápoláshoz kapcsolódó rendszeres települési támogatás megállapítását kérem, mert 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozóm ápolását, gondozását végzem.**

Az ápolttal való rokoni kapcsolatam:

Nyilatkozom, hogy

- a) más szervtől ápolási díjban részesülök: IGEN NEM
- b) az ápolat személy hozzátartozói közül nincs olyan másik személy, aki jövedelemszerző tevékenységet nem folytat, és az ápolat személy gondozására, ápolására képes;
- c) a kérelem benyújtását megelőző hónapban rendszeres kereső tevékenységet
- nem folytattam, rendszeres kereső tevékenységem megszűnésének utolsó napja:
- folytattam, a kérelem benyújtását megelőző hónap utolsó napjáig;
- folytattam, jelenleg is napi órában folytatok,
ebből származó utolsó havi nettó jövedelmem: Ft;
- d) rendszeres pénzellátásban részesülök, megnevezése:
összege: Ft,
 nem részesülök;
- e) foglalkoztatási szervnél regisztrált álláskereső vagyok: IGEN NEM
- f) nappali rendszerű képzésben tanulói / hallgatói jogviszonyban állok: IGEN NEM
- g) életvitelszerűen az ápolat személlyel egy lakcímen élek: IGEN NEM

7. **EGYÉB NYILATKOZATOK:**

- a) **Tudomásul veszem**, hogy a kérelemben közölt jövedelmi adatok valódiságát a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény felhatalmazása alapján a szociális hatáskört gyakorló szerv – a Nemzeti Adó- és Vámhivatal hatáskörrel és illetékességgel rendelkező adóigazgatósága útján, valamint a Magyar Államkincstár által vezetett egységes szociális nyilvántartásban szereplő adatok alapján – ellenőrizheti.
- b) **Tudomásul veszem**, hogy valótlan adatközlés esetén a jogosulatlanul és rosszhiszeműen igénybe vett támogatást a folyósító szerv kamattal megemelt összegben visszakövetelheti.
- c) **Hozzájárulok** a kérelemben, illetve a kérelemhez csatolt dokumentumokban szereplő személyes és különleges adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához.
- d) Büntetőjogi felelősségem tudatában **kijelentem**, hogy
- ♦ életvitelszerűen a lakóhelyemen
 a tartózkodási helyemen élek,
(Amennyiben egyidejűleg bejelentett lakó- és tartózkodási hellyel is rendelkezik, jelölje a megfelelő részt!)
 - ♦ a kérelemben közölt adatok a valóságnak megfelelnek,
 - ♦ a települési támogatás megállapítása iránti kérelemnek teljes egészében helyt adó döntés elleni fellebbezési jogomról lemondok.
(Nemleges válasz esetén kérjük a szövegrészt áthúzással törölni!)

....., 20.....

.....
az ápolást végző személy aláírása

ÁPOLT SZEMÉLY NYILATKOZATA
az ápoláshoz kapcsolódó rendszeres települési támogatás megállapításához

Az ápolttal személynél vonatkozó adatok: *(Nyomatott betűkkel kérjük kitölteni!)*

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születés helye, ideje (év, hó, nap):

Lakóhelye:.....irányítószám.....település

.....utca/út/tér/köz házszám épület/lépcsőház emelet, ajtó

Tartózkodási helye:.....irányítószámtelepülés

.....utca/út/tér/köz házszám épület/lépcsőház emelet, ajtó

TAJ száma: Állampolgársága:

Ha az ápolttal személynél cselekvőképtelen, vagy cselekvőképességében kizáró, illetve korlátozó gondnokság alatt áll,

a törvényes képviselője neve:

a törvényes képviselője lakcíme:

JOGOSULTSÁGI FELTÉTELEKRE VONATKOZÓ NYILATKOZATOK:

- a) **Egyetértek** azzal, hogy az otthoni ápolásomat, gondozásomat az ápoláshoz kapcsolódó rendszeres települési támogatást kérelmező (hozzátartozóm) végezze.

Az ápolást végző személy neve:

- b) **Hozzájárulok** ahhoz, hogy az önkiszolgáló képességem megítéléséhez, ezzel összefüggésben az ápolási igény megállapításához házi orvosom vagy szakorvosom szakvéleményt adjon, az ápolás helyszínén környezettanulmányt végezzenek.

- c) Büntetőjogi felelősségem tudatában **kijelentem**, hogy a kérelmező ápolást végző személlyel tartási, életjáradéki vagy öröklési szerződésben nem állok.

- d) **Hozzájárulok** a kérelemben, illetve a kérelemhez csatolt dokumentumokban szereplő személyes és különleges adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához.

....., 20.....

.....
ápolttal személynél vagy törvényes képviselője aláírása

IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY
az ápoláshoz kapcsolódó rendszeres települési támogatás
megállapításához / felülvizsgálatához

(Az ápolat személy háziorvosa tölti ki.)

1.) Igazolom, hogy

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, idő (év, hó, nap):

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele (TAJ):

- Tartósan beteg IGEN NEM
- Ágyhoz kötött beteg IGEN NEM

2.) Szakvéleményem szerint a fent nevezett személy fogyatékosága / betegsége miatt állandó és tartós gondozásra szorul. A gondozás várható időtartama:

3 hónapnál hosszabb, vagy

3 hónapnál rövidebb.

....., 202.....

.....

háziorvos aláírása