



**SZÁRLIGETI  
POLGÁRMESTERI HIVATAL**  
2067 Szárliget, Szent István tér 1.  
Tel: Tel/ 34/433-896

**KÉRELEM  
TELEPÜLÉSI TÁMOGATÁS**

**18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozó ápolását gondozását végző  
személy részére**

**KÉRJÜK, SZÍVESKEDJEN NYOMTATOTT BETŰKKEL KITÖLTENI!**

Az ápolást végző személyre vonatkozó adatok

**Személyes adatok**

Kérelmező neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, idő (év, hó, nap): .....

Lakóhelye: .....

Tartózkodási helye: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

Állampolgársága: .....

Az ápolat személlyel való rokoni kapcsolata: .....

Telefonszám: .....

Fizetési számlaszám (akkor kell megadni, ha a folyósítást bankszámlaszámra kéri):  
.....

A számlát vezető pénzintézet neve: .....

**Jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok**

Kijelentem, hogy keresőtevékenységet:

- nem folytatok,
- napi 4 órában folytatok,
- otthonomban folytatok;
- nappali tagozaton tanulói, hallgatói jogviszonyban nem állok;
- munkaviszonyom 2 hónapnál nem régebbi megszűnéséről az igazolást csatolom

Rendszeres pénzellátásban

- részesülök és annak havi összege: .....

4. melléklet a 7/2024.(IX.30.) Ök. rendelethez

nem részesülök;

Az ápolási tevékenységet:

- A lakóhelyemen/tartózkodási helyemen,
- az ápolat személy lakóhelyén/tartózkodási helyén végzem  
(a megfelelő négyzetbe jelölje tegyen x-et);

Kérjük, jelölje, ha az ápolat személy:

- Közoktatási intézmény tanulója,
- Nappali szociális intézményi ellátásban részesül,
- Felsőoktatási intézmény hallgatója.

**Az ápolat személyre vonatkozó adatok**

Személyes adatok

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, idő (év, hó, nap): .....

Lakóhelye: .....

Tartózkodási helye: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

Ha az ápolat személy cselekvőképtelen vagy cselekvőképességében teljesen korlátozott,

a törvényes képviselő neve: .....

A törvényes képviselő lakcíme: .....

**Nyilatkozat**

- Egyetértek azzal, hogy az otthoni ápolásomat, gondozásomat az ápolási díjat kérelmező hozzátartozóm végezze.

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

Szárliget, ..... év ..... hónap ..... nap

.....  
az ápolást végző személy aláírása

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

4. melléklet a 7/2024.(IX.30.) Ök. rendelethez

**Kérelemhez minden esetben csatolni kell a háziorvos által kitöltött igazolást!**

**Vagyonyilatkozat**

**A kérelmező személyes adatai**

Neve:.....  
Születési neve:.....  
Anyja neve:.....  
Születési hely, év, hó, nap:.....  
Lakóhely:.....  
Tartózkodási helye:.....  
Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

**Kérelmező és vele együtt élő családtagjainak vagyona.**

**A. Ingatlanok**

- Lakástulajdon és lakótelek-tulajdon (vagy állandó, illetve tartós használat): címe: .....  
város/község ..... út/utca..... hsz. alapterülete: ..... m<sup>2</sup>, tulajdoni hányad:  
....., a szerzés ideje: ..... év Becsült forgalmi érték:\* .....  
Ft  
Haszonélvezeti joggal terhelt: igen nem (a megfelelő aláhúzendő)
- Üdülőtulajdon és üdülőtelek-tulajdon (vagy állandó, illetve tartós használat): címe: .....  
város/község ..... út/utca ..... hsz. alapterülete: ..... m<sup>2</sup>, tulajdoni hányad:  
....., a szerzés ideje: ..... év  
Becsült forgalmi érték:\* ..... Ft
- Egyéb, nem lakás céljára szolgáló épület-(épületrész-)tulajdon (vagy állandó használat):  
megnevezése (zártkerti építmény, műhely, üzlet, műterem, rendelő, garázs stb.): .....  
címe: ..... város/község..... út/utca ..... hsz. alapterülete:  
..... m<sup>2</sup>, tulajdoni hányad: ....., a szerzés ideje: ..... év Becsült forgalmi érték:\*  
..... Ft
- Termőföldtulajdon (vagy állandó használat): megnevezése: ..... címe:  
..... város/község ..... út/utca ..... hsz. alapterülete:  
..... m<sup>2</sup>, tulajdoni hányad: ....., a szerzés ideje: ..... év Becsült forgalmi érték:\*  
..... Ft

**II. Egyéb vagyontárgyak**

Gépjármű: '

- személygépkocsi: ..... típus ..... rendszám  
a szerzés ideje, valamint a gyártás éve: .....  
Becsült forgalmi érték:\*\* ..... Ft
- tehergépjármű, autóbusz, motorkerékpár, vízi-vagy egyéb jármű: ..... típus  
..... rendszám  
a szerzés ideje valamint a gyártás éve: .....  
Becsült forgalmi érték:\*\* ..... Ft

Kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulok a nyilatkozatban szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárásban történő felhasználásához, kezeléséhez.

Szárliget, ..... év ..... hó ..... nap

.....  
aláírás

Megjegyzés: Ha a kérelmező vagy családtagja bármely vagyontárgyból egynél többel rendelkezik, akkor a vagyonyilatkozat megfelelő pontját a vagyontárgyak számával megegyezően kell kitölteni.

## IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY

### az ápolási díj megállapításához/kötelező felülvizsgálatához

(Az ápolat személy háziorvosa tölti ki.)

#### I. Igazolom, hogy

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, év, hó, nap: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

Súlyosan fogyatékos

súlyos fogyatékoságának jellege:  látássérült  hallássérült  értelmi  
sérült  mozgássérült, vagy

Tartósan beteg

Fenti igazolást nevezett részére a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal vagy a rehabilitációs szakigazgatási szerv ..... számú szakhatósági állásfoglalása vagy szakvéleménye, vagy a ..... megyei gyermek szakfőorvos ..... számú igazolása, vagy ..... fekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézmény ..... szakrendelő intézet szakorvosa által kiadott ..... keltű igazolás/zárójelentés, vagy a Tanulási Képességet Vizsgáló Szakértő Bizottság ..... számú szakvéleménye alapján állítottam ki.

II. 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.

Dátum: .....

.....  
háziorvos aláírása  
munkahelyének címe

P. H.

## Tájékoztató

### a háziorvosi igazolás és szakvélemény kitöltéséhez

A megfelelő választ X-szel kell jelölni, illetve a hiányzó adatokat kitölteni.

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 41. § (3) bekezdése szerint az ápolási díjra való jogosultság szempontjából:

*1. Súlyosan fogyatékos személy az, akinek*

*a) segédeszközzel vagy műtéti úton nem korrigálható módon látóképessége teljesen hiányzik, vagy alig látóként minimális látásmaradvánnyal rendelkezik, és ezért kizárólag tapintó-halló életmód folytatására képes,*

*b) hallásvesztése olyan mértékű, hogy a beszédnek hallás útján történő megértésére és spontán elsajátítására segédeszközzel sem képes, és halláskárosodás miatt a hangzó beszéd érthető ejtése elmarad,*

*c) értelmi akadályozottsága genetikai, illetőleg magzati károsodás vagy szülési trauma következtében, továbbá tizennegyedik életévét megelőzően bekövetkező súlyos betegség miatt középsúlyos vagy annál nagyobb mértékű, továbbá aki IQ értékétől függetlenül a személyiség egészét érintő (pervazív) fejlődési zavarban szenved, és az autonómiai tesztek alapján állapota súlyosnak vagy középsúlyosnak minősíthető (BNO szerinti besorolása: F84.0-F84.9),*

*d) mozgásszervi károsodása, illetőleg funkciózavara olyan mértékű, hogy helyváltoztatása a külön jogszabályban meghatározott segédeszköz állandó és szükségyszerű használatát igényli, vagy állapota miatt helyváltoztatásra még segédeszközzel sem képes, vagy végtaghiánya miatt önmaga ellátására nem képes és állandó ápolásra, gondozásra szorul.*

*2. Tartósan beteg az a személy, aki előreláthatólag három hónapnál hosszabb időtartamban állandó ápolást, gondozást igényel.*

**Igazolás az ápolási díj megállapításához**

Igazolom, hogy (név)

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

„A” közoktatási intézmény tanulója,  
„B” óvodai nevelésben részesül,  
„C” nappali szociális intézményi ellátásban részesül,  
„D” felsőoktatási intézmény hallgatója.

Az intézmény megnevezése:

Az „A” pontban foglalt esetben az intézményben eltöltött idő a kötelező tanórai foglalkozások időtartamát

megaladja nem haladja meg.

A „B”-„C” pontban foglalt esetben az intézmény igénybevételének, illetőleg a „D” pont szerinti esetben az intézmény látogatási kötelezettségének időtartama átlagosan a napi 5 órát

megaladja nem haladja meg.

Az „A”-„D” pontban foglalt intézmény igénybevétele az ápolást végző személy rendszeres közreműködését

szükségessé teszi nem teszi szükségessé.

Dátum: .....

P. H.

.....  
intézményvezető