

**KÉRELEM**  
**ápolási települési támogatás megállapítására**

1. Kérelmező személyére vonatkozó adatok

1.1. Személyes adatok

- 1.1.1. Neve:.....
- 1.1.2. Születési neve: .....
- 1.1.3. Anyja neve: .....
- 1.1.4. Születési hely, idő (év, hó, nap): .....
- 1.1.5.  Lakóhelye: .....
- 1.1.6.  Tartózkodási helye: .....
- /Amennyiben lakóhelye és tartózkodási helye is van, X-szel jelölje, hogy melyik címen él életvitelszerűen./*
- 1.1.7. Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....
- 1.1.8. Adóazonosító Jele: .....
- 1.1.9. Állampolgársága: .....
- 1.1.10. Az ápolttal személynél való rokoni kapcsolata: .....
- 1.1.11. Elérhetőségek:  
Telefonszám :.....  
E-mail cím :.....
- 1.1.12. Fizetési számlaszám (akkor kell megadni, ha a folyósítást fizetési számlaszámra kéri): .....
- 1.1.13. A fizetési számlát vezető pénzintézet neve: .....

1.1.14. A kérelmező idegenrendészeti státusza (nem magyar állampolgárság esetén):

- 1.1.14.1.  szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, vagy
- 1.1.14.2.  EU kék kártyával rendelkező, vagy
- 1.1.14.3.  bevándorolt/letelepedett, vagy
- 1.1.14.4.  menekült/oltalmazott/hontalan.

1.2. Kijelentem, hogy

- 1.2.1. keresőtevékenységet:
- 1.2.1.1.  nem folytatok,
- 1.2.1.2.  napi 4 órában folytatok,
- 1.2.1.3.  otthonomban folytatok;
- 1.2.2.  nappali tagozaton tanulói, hallgatói jogviszonyban nem állok;  
 nappali tagozaton tanulói, hallgatói jogviszonyban állok;
- 1.2.3. rendszeres pénzellátásban
- 1.2.3.1.  részesülök és annak havi összege:.....
- 1.2.3.2.  nem részesülök, de részemre más rendszeres pénzellátás megállapítására irányuló eljárás van folyamatban,
- 1.2.3.3.  nem részesülök és részemre más rendszeres pénzellátás megállapítására irányuló eljárás nincs folyamatban;
- 1.2.3.4.  tartós ápolást végzők időskori támogatásában részesülök
- 1.2.3.5.  tartós ápolást végzők időskori támogatásában nem részesülök
- 1.2.4. az ápolási tevékenységet:
- 1.2.4.1.  a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen,
- 1.2.4.2.  az ápolttal személynél lakóhelyén/tartózkodási helyén végzem  
(a megfelelő aláhúzendó).

1.3. Kérjük, jelölje, ha az ápolat személy:

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

2. Az ápolat személyre vonatkozó adatok

2.1. Személyes adatok

2.1.1. Neve: .....

2.1.2. Születési neve: .....

2.1.3. Anyja neve: .....

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

2.1.5. Lakóhelye: .....

2.1.6. Tartózkodási helye: .....

2.1.7. Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

2.1.8. Ha az ápolat személy cselekvőképtelen vagy cselekvőképességében teljesen korlátozott, a törvényes képviselő neve: .....

2.1.9. A törvényes képviselő lakcíme: .....

2.2. *Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat*

- 2.2.1.  Egyetértek azzal, hogy az otthoni ápolásomat, gondozásomat az ápolási díjra való jogosultsággal rendelkező hozzátartozóm végezze.

### 3. Nyilatkozatok:

3.1. Hozzájárulok az adatlapon szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához.

3.2. Ügyfélkapu regisztrációval rendelkezem:  igen  nem

3.3. Hozzájárulok ahhoz, hogy a hatóság az eljárás során elektronikus úton tartson velem kapcsolatot:  
 igen  nem **(Csak abban az esetben töltendő, ha a 3.2. pontra igen-nel válaszolt!)**

Kelt: .....

.....  
ápolást végző személy aláírása

.....  
ápolat személy vagy törvényes képviselője  
aláírása

**IGAZOLÁS**  
**az ápolási települési támogatás megállapításához vagy kötelező**  
**felülvizsgálatához**

*(Az ápolat személy háziorvosa, házi gyermekorvosa tölti ki.)*

Igazolom, hogy

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, év, hó, nap: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

Szakvéleményem szerint fent nevezett személy **tartósan beteg**, betegsége miatt állandó és tartós gondozásra szorul. A gondozás várható időtartama:

- a.) 3 hónapnál hosszabb, vagy
- b.) 3 hónapnál rövidebb.

(A megfelelő aláhúzendó)

Fenti igazolást nevezett részére a rehabilitációs hatóságként eljáró .....  
(szerv megnevezése) ..... számú határozata, szakhatósági állásfoglalása vagy  
szakvéleménye, vagy a..... fekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézmény  
..... szakrendelő intézet szakorvosa által kiadott ..... keltű  
igazolás/zárójelentés, vagy a ..... megyei, pedagógiai szakszolgálatként működő  
bizottság ..... számú szakvéleménye alapján állítottam ki.

Kelt: ....., .....

.....  
háziorvos aláírása

.....  
munkahelyének címe

## ***Igazolás***

### ***az ápolási települési támogatás megállapításához/felülvizsgálatához***

Igazolom, hogy ..... (név)

Anyja neve: .....

Születési hely, év, hó, nap: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

„A” köznevelési intézmény tanulója,

„B” nappali szociális intézményi ellátásban részesül,

„C” felsőoktatási intézmény hallgatója.

Az intézmény megnevezése: .....

Az „A” pontban foglalt esetben az intézményben eltöltött idő a nemzeti köznevelésről szóló törvényben a köznevelési intézményben való kötelező tartózkodásra meghatározott időtartamot

meghaladja          nem haladja meg.

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

meghaladja          nem haladja meg.

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

szükségessé teszi          nem teszi szükségessé.

Dátum: .....

P. H.

.....