

KÉRELEM

Ápolási települési támogatás megállapítására

I. Az ápolást végző személyre vonatkozó adatok

1. Személyes adatok

Neve:.....

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:.....

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:.....

Adóazonosító jele:

Állampolgársága:.....

Az ápolat személlyel való rokonni kapcsolat:.....

Telefonszám (nem kötelező megadni):

Fizetési számlaszám (akkor kell megadni, ha a folyósítást fizetési számlaszámra kéri):

.....

A fizetési számlát vezető pénzüintézet neve:

A kérelmező idegenrendészeti státusza (nem magyar állampolgár esetén):

szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, vagy

EU kék kártyával rendelkező, vagy

bevándorolt/letelepedett, vagy

menekült/oltalmazott/hontalan.

2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok:

a) A települési ápolási támogatás megállapítását arra való tekintettel kérem, hogy az ápolat személy:

18. életévét betöltött tartósan beteg

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.

– életvitelszerűen a lakóhelyemen vagy tartózkodási helyemen élek (*a megfelelő rész aláhúzan-*

dó) c) Az ápolat személy:

közoktatási intézmény tanulója,

nappali szociális intézményi ellátásban részesül,

felsőoktatási intézmény hallgatója.

d) A települési ápolási támogatást igénylő hozzátartozón kívül az ápolat családjában folyamatosan otthon tartózkodó, rendszeres pénzellátással rendelkező személy:

van:.....

nincs.

II. Az ápolat személyre vonatkozó adatok

1. Személyes adatok

Neve:.....

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:.....

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:.....

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

A törvényes képviselő lakcíme:.....

2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat

Egyetértek azzal, hogy az otthoni ápolásomat, gondozásomat a települési ápolási támogatást kérelmező hozzátartozóm végezze.

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

Kelt:

.....

az ápolást végző személy aláírása

.....

az ápolat személy vagy törvényes képviselője
aláírása

IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY

az ápolási települési támogatás megállapításához/felülvizsgálatához

(Az ápolat személy háziorvosa tölti ki.)

Igazolom, hogy

Név:

Születési neve:.....

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:.....

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Tartósan beteg

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

3 hónapnál hosszabb, vagy

3 hónapnál rövidebb.

Fenti igazolást a
szakvéleménye alapján állítottam ki.

Dátum:

.....
háziorvos aláírása

P. H.

Igazolás az ápolási települési támogatás megállapításához

Igazolom, hogy (név).....

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:.....

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

„A” köznevelési intézmény tanulója,

„B” nappali ellátást nyújtó vagy bentlakásos szociális intézményi ellátásban részesül,

„C” felsőoktatási intézmény nappali képzésében részt vevő 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 igénybevételének, illetőleg a „C” pont szerinti esetben az intézmény látogatási kötelezettségének időtartama átlagosan a napi 5 órát:

meghaladja

nem haladja meg

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

szükségessé teszi

nem teszi szükségé

Dátum:.....

P.H.

.....

intézményvezető

