

K É R E L E M
Települési ápolási 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 ápolott személlyel való rokoni 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 ápolott 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 aláhúzendó)*

c) Az ápolat személy:

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

d) A települési ápolat 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.

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

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek és tudomásul veszem, hogy azok valódisága a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény alapján az NAV-nál ellenőrizhető.

Alulírott hozzájárulok, hogy személyi adataimat, illetve háztartásomban élők adatait a jogosultság megállapítása és teljesítése céljából felhasználják.

Tudomásul veszem, hogy az általános közigazgatási rendtartásról szóló 2016. évi CL. törvény 64. § (2) bekezdésben foglaltak szerint, ha az ügyfél vagy képviselője más tudomása ellenére az ügy szempontjából jelentős adatot valótlannal állít vagy elhallgat – ide nem értve, ha vele szemben a 66. § (2) bekezdésében vagy (3) bekezdés b) és c) pontjában meghatározott ok áll fenn –, illetve ha a kötelező adatszolgáltatás körében a 105. § (2) bekezdésében foglalt ok hiányában adatszolgáltatási kötelezettségét nem teljesíti, eljárási bírsággal sújtható.

Kijelentem, hogy kérelmemnek teljes egészében helyt adó döntés elleni fellebbezési jogomról lemondok. (Nemleges válasz esetén kérjük a szövegrészt áthúzással törölni!)

Kelt:

.....
az ápolást végző személy aláírása

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

III. Jövedelmi adatok *

A kérelmező, valamint a kérelmező családjában élő személyeknek a havi jövedelme forintban:

| Sorsz. | A jövedelem típusa | Kérelmező | A kérelmezővel családjában élő további személyek | | | | | |
|--------|---|-----------|--|--|--|--|--|--|
| | A | B | C | | | | | |
| 1 | Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó | | | | | | | |
| 1.a | <i>ebből közfoglalkoztatásból származó</i> | | | | | | | |
| 2 | Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó | | | | | | | |
| 3 | Táppénz, gyermekgondozási támogatások | | | | | | | |
| 4 | Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások | | | | | | | |
| 5 | Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások | | | | | | | |
| 6 | Egyéb jövedelem | | | | | | | |
| 7 | Összes jövedelem | | | | | | | |

Egy főre jutó havi nettó jövedelem..... (ügintéző tölti ki). Ft/hó.

(* A kérelemhez mellékelni kell a jövedelmi adatok táblázatban feltüntetett jövedelmek valóságát igazoló iratokat, melyek 30 napnál régebbiek nem lehetnek.)

IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY

a települési ápolási 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 fent nevezett személy 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.

Igazolás a települési ápolási 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 szükségessé.

Dátum:

P. H.

.....

intézményvezető