

Települési támogatás a 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozója tekintetével

Az ápolást végző személy nyilatkozata

Kijelentem, hogy

keresőtevékenységet:

☐ nem folytatok,

☐ napi 4 órában folytatok,

☐ otthonomban folytatok;

nappali tagozaton tanulói, hallgatói jogviszonyban állok 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 (a megfelelő aláhúzendó);

éltvitelszerűen a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzendó).

Kijelentem, hogy az ápolni kívánt személlyel tartási, életjáradéki illetve örökösödési szerződést

☐ kötöttem ☐ nem kötöttem.

Az ápolat személyhez való rokoni kapcsolatom:.....

Kérjük, jelölje, ha az ápolat személy:

☐ nappali szociális intézményi ellátásban részesül,

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

Kelt:

.....

az ápolást végző személy aláírása

ADÓAZONOSÍTÓ JELE:.....

IGAZOLÁS

Települési támogatás ápoláshoz (Az ápolat személy háziorvosa vagy szakorvosa tölti ki.)

Igazolom, hogy:

Neve: Szül.név:

Anyja neve: Szül.hely, idő:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

TAJ száma:

Igazolom, hogy fent nevezett személy súlyos fogyatékos

☐

Tartós beteg:

☐

Amennyiben tartós beteg:

Betegsége(i) miatt előreláthatóság 3 hónapnál hosszabb időtartamban állandó ápolást, gondozást igényel.

Dátum:

házi orvos / szakorvos aláírása

P.H.