



18. életévét betöltött tartósan beteg.  
 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 (a megfelelő aláhúzendó);
- életvitelszerűen a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzendó).

***Az ápolat személyi adatai***

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:

.....

**Jövedelemnyilatkozat**

A jövedelem típusai	Kérelmező jövedelme	Közeli hozzátartozók jövedelme		Összesen
Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó ebből: közfoglalkoztatásból származó				
Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó				
Táppénz, gyermekgondozási támogatások				
Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások				

Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások				
Egyéb jövedelem (pl. alkalmi munka)				
Összes jövedelem				

A kérelemhez csatolom a magam és a velem közös háztartásban lakók jövedelemigazolását.

**A kérelemhez minden esetben mellékelni kell a házi orvos igazolását, valamint a járási hivatalhoz benyújtott ápolási díj iránti kérelem elutasító határozatát.**

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

**Az eljárás megindításáról értesítést nem kérek.**

**Megállapítása esetére fellebbezési jogomról lemondok.**

Váralja, .....

.....

*az ápolást végző személy aláírása*

A kérelem benyújtásával egyidejűleg személyi irataimat (személyi igazolvány, lakcímkártya, TAJ kártya) bemutatom és hozzájárulok személyes adataim szociális és iratkezelési rendszerbe történő felhasználásához.

### **SZAKVÉLEMÉNY**

#### **Ápoláshoz nyújtott települési támogatás megállapításához**

*(Az ápolat személy házi orvosától tölti ki.)*

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.<sup>232</sup>

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.

Ápolást indokló diagnózis (magyarul):

.....

.....

.....

.....

Dátum: .....

P. H.

.....

házi orvos aláírása  
munkahelyének címe

**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 aliglátóként 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.*