

KÉRELEM
a települési ápolási támogatás megállapítására

1. Az ápolást végző személyre 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:.....
- 1.1.7. Társadalombiztosítási Azonosító Jele:
- 1.1.8. Adóazonosító jele:
- 1.1.9. Állampolgársága:
- 1.1.10. Az ápolat személlyel való rokoni kapcsolata:
- 1.1.11. Telefonszám (nem kötelező megadni):
- 1.1.12. Fizetési számlaszám (akkor kell megadni, ha a folyósítást fizetési számlaszámra kéri):
- 1.1.13. A fizetési számlát vezető pénzintézet neve:

1.2. A kérelmező családi állapota:

- 1.2.1. egyedülálló,
- 1.2.2. házastársával/élettársával él együtt.

1.3. A kérelmezővel azonos lakcímen élő házastársára/élettársára vonatkozó adatok:

- 1.3.1. Neve:
- 1.3.2. Születési neve:
- 1.3.3. Anyja neve:
- 1.3.4. Születési helye, ideje (év, hó, nap):
- 1.3.5. Lakóhelye:
- 1.3.6. Tartózkodási helye:
- 1.3.7. Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

1.4. A kérelmezővel azonos lakcímen élő, eltartott gyermekek száma összesen: fő

1.5. A kérelmezővel azonos lakcímen élő gyermekekre vonatkozó adatok:

	A	B	C	D	E	F
	Név (ha eltérő, születési neve is)	Anyja neve	Születés helye, ideje (év, hó, nap)	Társadalom- biztosítási Azonosító Jele	18. életévét betöltött személy esetén azon oktatási intézmény megnevezése, ahol tanul	Megjegyzés *
1.5.1						
1.5.2						
1.5.3						
1.5.4						
1.5.5						
1.5.6						

* Ebben az oszlopban kell feltüntetni:

a) ha a gyermekre tekintettel gyermekgondozási segílyt, gyermeknevelési támogatást, gyermekgondozási díjat vagy terhességi gyermekágyi segílyt folyósítanak,

b) ha a 20 évesnél fiatalabb gyermek nem jár oktatási intézménybe, de önálló keresettel még nem rendelkezik, vagy

c) életkortól függetlenül a tartós betegség vagy fogyatékoság fennállását, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt.

2. Jövedelemi adatok

A kérelmező, valamint házastársa (élettársa) és a velük egy háztartásban élő gyermekeik havi jövedelme, forintban:

	A	B	C	D			
	A jövedelem típusa	Kérelmező	Házastárs, élettárs	Családtagok			
				havi jövedelme (forint)			
2.1.	Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó ebből: közfoglalkoztatásból származó						
2.2.	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó						
2.3.	Táppénz, gyermekgondozási támogatások						
2.4.	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások						
2.5.	Önkormányzat iárási hivatal						

	és munkaügyi szervek által folyósított ellátások							
2.6.	Egyéb jövedelem							
2.7.	Összes jövedelem							

3. Jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok

3.2.1. A települési ápolási támogatás megállapítását arra való tekintettel kérem, hogy az ápolat személy:

- 18 évet betöltött tartósan beteg.

3.2.2. 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).

4. Az ápolat személyre vonatkozó adatok

4.1. Személyes adatok

4.1.1. Neve:

4.1.2. Születési neve:

4.1.3. Anyja neve:

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

4.1.5. Lakóhelye:

4.1.6. Tartózkodási helye:

4.1.7. Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

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

2.1.9. A törvényes képviselő lakcíme:

4.2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat

4.2.1. Egyetértek azzal, hogy az otthoni ápolásomat, gondozásomat az ápolási díjat kérelmező hozzátartozóm végezte

5. 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

5. számú melléklet a 63/2006. (III. 27.) Korm. rendelethez

IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY
az ápolási díj megállapításához/kötelező felülvizsgálatához

(Az ápolat személy háziorvosa tölti ki.)

I. 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 rehabilitációs hatóságként eljáró (szerv megnevezése)
..... számú határozata, 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 megyei pedagógiai
szakszolgálat számú szakvéleménye alapján állítottam ki.

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.

fogyatékosága/betegsége miatt nem szorul állandó és tartós gondozásra.

Dátum:

.....
háziorvos aláírása

