

Települési ápolási támogatás

18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozójának ápolására/gondozására irányuló kérelem

I. Kérelmezőre vonatkozó adatok

1. Személyes adatok

Neve:
Születési neve:.....
Anyja neve:
Születési hely, év, hó, nap:
Lakóhely:
Tartózkodási hely:
Társadalombiztosítási Azonosító Jele:
Adóazonosító jele:
Az ápolat személlyel való rokoni kapcsolat:
Telefonszám (nem kötelező megadni):
Bankszámlaszám (akkor kell megadni, ha a folyósítást bankszámlára kéri):.....
.....
A folyósítást vezető pénzintézet neve:

Az igénylővel közös háztartásban lévők adatai:

<u>Név</u>	<u>Szül.hely, idő</u>	<u>Anyja neve</u>	<u>Rokoni kapcs</u>	<u>Havi jövedelme</u>
.....
.....
.....
.....

2. Jogszabályi feltételekre vonatkozó adatok

a) 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 aláhúzandó)

b) Az ápolat személy:

- 18. életévét betöltött tartósan beteg
- közoktatási intézmény tanulója,
- felsőoktatási intézmény hallgatója.
- nappali szociális intézményi ellátásban részesül

II. Az ápolts személyre vonatkozó adatok

1. Személyi adatok

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

Ha az ápolts személy nem cselekvőképes, a törvényes képviselő neve:

A törvényes képviselő lakcíme:

2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat

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

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

Tájékoztatás:

Amennyiben a települési támogatást kérő a kérelmében valótlan adatokat tüntet fel, a további támogatásból tárgyévben kizárható, illetve a jogosulatlanul felvett támogatás visszafizetésére kötelezhető!

Alulírott, büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a feltüntetett adatok a valóságnak megfelelnek.

Dátum:

.....
kérelmező aláírása

.....
az ápolts személy vagy törvényes képviselője aláírása

A kérelemhez minden esetben mellékelni kell:

- **a házi orvos igazolását,**
- **családtagok havi jövedelemigazolásait,**
- **a hulladék szállítási díj befizetését, ill. három hónapon túli hulladék szállítási díjhátralék megszüntetését igazoló bizonylatot**

IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY
a települési támogatás megállapításához/kötelező felülvizsgálatához
(Az ápolat személy háziiorvosa tölti ki.)

I. Igazolom, hogy

Neve:
Születési neve:
Anyja neve:
Születési hely, év, hó, nap:
Lakóhely:
Tartózkodási hely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

- Súlyosan fogyatékos
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.

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.

Dátum:

háziiorvos aláírása
munkahelyének címe

P. H.

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 alig látóként 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 szükségszerű 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.*