*6. melléklet a 4/2015 (II.27.) önkormányzati rendelethez*

Váralja Község Önkormányzata

7354 Váralja Kossuth u. 203.

***KÉRELEM
ápoláshoz nyújtott települési támogatás megállapítására***

***Az ápolást végző személyi adatai***

Neve: .......................................................................................................................................................

Születési neve: ..........................................................................................................................................

Anyja neve: ..............................................................................................................................................

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

Lakóhelye: ...............................................................................................................................................

Tartózkodási helye: ..................................................................................................................................

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .......................................................................................................

Adóazonosító jele: ...................................................................................................................................

Állampolgársága: .....................................................................................................................................

Az ápolt személlyel való rokoni kapcsolata: ...............................................................................................

Telefonszám (nem kötelező megadni): ......................................................................................................

Fizetési számlaszám (akkor kell megadni, ha a folyósítást fizetési számlaszámra kéri): ...........................………...................

A kérelmező idegenrendészeti státusza (nem magyar állampolgárság esetén):

□ szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, vagy

□ EU kék kártyával rendelkező, vagy

□ bevándorolt/letelepedett, vagy

□ menekült/oltalmazott/hontalan.

***Jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok***

Az ápolási díj megállapítását arra való tekintettel kérem, hogy az ápolt személy:

□ súlyosan fogyatékos,

□ fokozott ápolást igénylő súlyosan fogyatékos,

□ 18 éven aluli tartósan beteg,

□ 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 ápolt személy lakóhelyén/tartózkodási helyén

végzem (a megfelelő aláhúzandó);

életvitelszerűen a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzandó).

***Az ápolt személyi adata******i***

Neve: ...................................................................................................................................

Születési neve: ......................................................................................................................

Anyja neve: ..........................................................................................................................

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

Lakóhelye: ............................................................................................................................

Tartózkodási helye: ...............................................................................................................

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: ....................................................................................

Ha az ápolt 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 háziorvos 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*

***SZAKVÉLEMÉNY
Ápoláshoz nyújtott települési támogatás megállapításához***

*(Az ápolt személy háziorvosa tölti ki.)*

Igazolom, hogy

Neve: ..........................................................................................................................................................

Születési neve: .............................................................................................................................................

Anyja neve: .................................................................................................................................................

Születési hely, év, hó, nap: ...........................................................................................................................

Lakóhely: ....................................................................................................................................................

Tartózkodási hely: .......................................................................................................................................

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: ..........................................................................................................

□ Súlyosan fogyatékos

súlyos fogyatékosságának 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.[232](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0600063.KOR&celpara=&timeshift=1#lbj232param)

II. Szakvéleményem szerint a fent nevezett személy fogyatékossága/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.

 ................................................

 háziorvos 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)* hallásvesztesége 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.