|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Budapest Főváros**  **XV. Kerület Önkormányzata**  **Népjóléti és Intézményfelügyeleti Főosztály**  **1153 Budapest, Bocskai u. 1-3. • 1601 Bp. Pf. 46.**  **Tel.: +36 1 305 3185 • Fax: +36 1 305 3135**  **intezmenyfelugyelet@bpxv.hu**  **www.bpxv.hu** | **Ügyfélfogadás**  Hétfő:8.00-18.00  Kedd-csütörtök: . 8.00-16.30,  Péntek:8.00 -12.30 |

**KÉRELEM**

**PALOTA egyszeri Otthonápolási támogatás**

**megállapítására**

**A kérelem indoka:**……………………………………………………………..……………….…….

…………………………………………………………………………………………………………

**Kérelmező neve:**....................................................................................................................................

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

**Születési helye:** …................................................ **Születési idő**:………év…….………hó……..nap.

**Anyja neve:** ….......................................................................................................................................

**Társadalombiztosítási Azonosító Jel** :………………….… **Adóazonosító jel**:……………….……

**Állampolgársága:** magyar, egyéb:…………………………………….

**A kérelmező idegenrendészeti státusza[[1]](#footnote-1)**: szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, EU kék kártyával rendelkező, bevándorolt, letelepedett, menekült, oltalmazott, hontalan**[[2]](#footnote-2)**.

**Státuszt elismerő határozat száma**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Lakóhely[[3]](#footnote-3):…………………………………………………………………………………………..**

**Tartózkodási hely3:…………………………………………………………………………………**

**Életvitelszerűen a………….……………………………………………………………címen élek.**

**A megállapított támogatást** postai úton / a csatolt számlaigazoláson szereplő számlaszámra kérem folyósítani**2**.

**Kérelmező telefonszáma[[4]](#footnote-4)**: ……………………………**E-mail címe4**:……………………………

**Az ápolt /ápoló személlyel való rokoni kapcsolata[[5]](#footnote-5):**………………………………………………..

**Az ápolás helye**:……………………………………………………………………………………….

**Tájékoztatás**

A személyes és különleges adatai az EU 2016/679. számú Általános Adatvédelmi Rendelete (GDPR) 6. cikk 1. bekezdés a) pontja szerint önkéntes hozzájárulás alapján kerülnek kezelésre, figyelemmel a Szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény rendelkezéseire is.

**Kérelmező nyilatkozatai**

* *Kijelentem, hogy ………………………………………………………………..(ápolt személy) ……………………….……………(rokoni fok) …………………………………………… napján a ………………………………………………………………………………………….….*

*(fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmény) elbocsátotta és ápolásáról, gondozásáról én gondoskodom.* ***vagy***

* *Kijelentem, hogy ……………………………………………….……………………… napján a ………………………………………………….………………………………………...……..……*

*(fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmény) elbocsátott és ápolásomról, gondozásomról az alábbi személy gondoskodik:*

*………………………………………………………………………………………..….(név, cím)*

* *Tudomásul veszem, hogy a kérelem benyújtásakor* ***be kell mutatni*** *a kérelemben szereplő adatok igazolására szolgáló iratokat (személyi igazolvány, lakcímkártya, TAJ kártya), melyekről az ügyintéző másolatot készít, és azok a kérelem mellékletei lesznek.*
* *Kijelentem, hogy a kérelemben szereplő* ***személyes adataim*** *kérelmemre indult szociális igazgatási eljárásban történő* ***kezeléséhez hozzájárulok.***
* *Kijelentem, hogy* ***az ápolásra, gondozásra szoruló személyre tekintettel a járási hivatal vagy az önkormányzat Palota ápolási díjat/támogatást részemre nem folyósít****.*
* *Büntetőjogi felelősségem teljes tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok* ***a valóságnak megfelelnek.***
* *Tudomásul veszem, hogy valótlan adatközlés esetén a jogosulatlanul és rosszhiszeműen igénybe vett támogatást a folyósító szerv kamattal megemelt összegben* ***visszakövetelheti.***
* *Nyilatkozom, hogy az* ***adatkezelésről szóló tájékoztatást ~~megkaptam~~******megértettem*** *és tudomásul veszem, hogy az adatkezelési szabályzat részletes szabályai hozzáférhetőek a Budapest Főváros XV. kerületi Polgármesteri Hivatal Ügyfélszolgálatán.*

Budapest, ……………..év……………….hónap………nap.

…...................................................... ………….........................................................

kérelmező aláírása kérelmező házastársa/élettársa aláírása

………….............................................................

ápolt személy vagy törvényes képviselője aláírása

**Csatolandó melléklet:** A fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézményből az ápolásról, gondozásról szóló orvosi dokumentáció és az elbocsátásról szóló igazolás.

1. *Nem magyar állampolgárság esetén.* [↑](#footnote-ref-1)
2. *A megfelelő rész aláhúzandó.* [↑](#footnote-ref-2)
3. *Lakcímkártyán szereplő.* [↑](#footnote-ref-3)
4. *Nem kötelező megadni.* [↑](#footnote-ref-4)
5. ***hozzátartozó****: a közeli hozzátartozó, az élettárs, az egyeneságbeli rokon házastársa, a házastárs, a házastárs egyeneságbeli rokona és testvére, és a testvér házastársa, a húszévesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező; a huszonhárom évesnél fiatalabb önálló keresettel nem rendelkező, nappali oktatás munkarendje szerint tanulmányokat folytató; a huszonöt évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, felsőoktatási intézmény nappali tagozatán tanulmányokat folytató vér szerinti, örökbe fogadott, illetve nevelt gyermek; korhatárra való tekintett nélkül a tartósan beteg, az autista, illetve a test, érzékszervi, értelmi vagy beszédfogyatékos vér szerinti, örökbe fogadott, illetve nevelt gyermek, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt; a 18. életévét be nem töltött gyermek vonatkozásában a vér szerinti és az örökbe fogadó szülő, illetve a szülő házastársa vagy élettársa.* [↑](#footnote-ref-5)