6.sz. melléklet a 2/2015. (II.25.)rendelethez

**KÉRELEM ÁPOLÁSI 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:** szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, EU kék kártyával rendelkező, bevándorolt, letelepedett, menekült, oltalmazott, hontalan . **Státuszt elismerő határozat száma:** /20

**Családi állapota:** hajadon/nőtlen; házas és házastársával együtt él; házas és házastársától külön él; elvált; özvegy; élettárssal él; egyedül él.

**Lakóhely:**

**Tartózkodási hely:**

**Életvitelszerűen a címen élek.**

A megállapított támogatást postai úton / bankszámlára kérem folyósítani.

**Bank: Számlaszám:**

**Kérelmező telefonszáma:**

**E-mail címe:**

**A kérelem benyújtásának időpontjában, a kérelmezővel közös háztartásban élők adatai**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Név** | **Születési hely, idő** | **Anyja neve** | **Rokoni fok** | **Társadalom­biztosítási Azonosító Jel** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |

**Jövedelmi adatok**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A jövedelmek típusai** | **Kérelmező jövedelme** | **A kérelmezővel közös háztartásban élő házastá rs/élettá rs jövedelme** | **A kérelmező családjában élő egyéb személyek jövedelme** | | | **Összesen** |
| **1. Munkaviszonyból, munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyból származó jövedelem és táppénz** |  |  |  |  |  |  |
| **2. Társas és egyéni vállalkozásból származó jövedelem** |  |  |  |  |  |  |
| **3. Rendszeres pénzbeli ellátás (FHT, RSZS, ápolási díj)** |  |  |  |  |  |  |
| **4. Ingatlan, ingó vagyontárgyak értékesítéséből, vagyoni értékű jog átruházásából származó jövedelem** |  |  |  |  |  |  |
| **5. Nyugellátás, baleseti nyugellátás, egyéb nyugdíjszerű ellátások** |  |  |  |  |  |  |
| **6. A gyermek ellátásához és gondozásához kapcsolódó támogatások**  **(GYES,GYES,GYET, családi pótlék, gyermektartásdíj, stb.)** |  |  |  |  |  |  |
| **7. A munkaügyi szervek által folyósított rendszeres pénzbeli ellátás** |  |  |  |  |  |  |
| **8.Föld bérbeadásából származó jövedelem** |  |  |  |  |  |  |
| **9. Egyéb (pl. ösztöndíj)** |  |  |  |  |  |  |
| **10. Összes jövedelem:** |  |  |  |  |  |  |

**Egy főre jutó havi nettó jövedelem** (ügyintéző tölti ki): Ft/hó

**Kérelmező nyilatkozata**

Kijelentem, hogy

1. *keresőtevékenysége!* ***nem*** *folytatok,*
2. *rendszeres pénzellátásban* ***nem*** *részesülök,, arra való jogosultság megállapításához a szükséges feltételekkel nem rendelkezem*
3. *nappali tagozaton tanulmányokat* ***nem*** *folytatok,*
4. *a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. tv 40. §-a szerinti ápolási díjban* ***nem*** *részesülök,*
5. *büntetőjogi felelősségem teljes tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek.*
6. *tudomásul veszem, hogy valótlan adatközlés esetén a támogatás megszüntetésre kerül, és a jogosulatlanul és rosszhiszeműen igénybe vett támogatást a folyósító szerv kamattal megemelt összegben visszakövetelheti.*
7. *Tudomásul veszem, hog)> a kérelemben közölt jövedelmi adatok valódiságát a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 10. §-ának (7) bekezdése alapján a szociális hatáskört gyakorló szety - a NAVés az OEP hatáskörrel és illetékességgel rendelkező igazgatósága útján - ellenőrizheti*

**kérelmező aláírása**

***AZ ÁPOLT SZEMÉLYRE VONATKOZÓ ADATOK***

***Személyes adatok***

**Ápolt neve:**

**Születési neve:**

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

**Anyja neve:**

**Társadalombiztosítási Azonosító Jel: Adóazonosító jel:**

**Állampolgársága:** magyar, egyéb:

**A kérelmező idegenrendészeti státusza:** szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, EU kék kártyával rendelkező, bevándorolt, letelepedett, menekült, oltalmazott, hontalan. **Státuszt elismerő határozat száma: /20**

**Családi állapota:** hajadon/nőtlen; házas és házastársával együtt él; házas és házastársától külön él; elvált; özvegy; élettárssal él; egyedül él. **Lakóhely:**

**Tartózkodási hely:**

**Életvitelszerűen a címen élek.**

Ha az ápolt személy cselekvőképtelen vagy cselekvőképességében korlátozott, a törvényes képviselő neve:

A törvényes képviselő lakcíme:

***Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat***

1. *Egyetértek azzal, hogy az otthoni ápolásomat, gondozásomat az ápolási támogatást kérelmező hozzátartozóm végezze.*
2. *Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához.*
3. ***Nyilatkozom, hogy***
4. *közoktatási intézmény tanulói, illetve felsőoktatási intézmény hallgatói jogviszonnyal nem rendelkezem,*
5. *nappali szociális intézményi ellátásban nem részesülök*
6. *büntetőjogi felelősségem teljes tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek,*

Jásd, év hónap nap.

az ápolást végző személy az ápolt személy vagy törvényes képviselője

aláírása aláírása

***(Az ápolt személy háziorvosa tölti ki!)***

**IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY települési ápolási támogatás megállapításához**

***Igazolom, hogy***

**Kérelmező neve:**

**Születési neve:**

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

**Anyja neve:**

**Társadalombiztosítási Azonosító Jele:**

**□ Tartósan beteg**

**A gondozás várható időtartama:**

**□ 3** hónapnál hosszabb, vagy **□ 3** hónapnál rövidebb.

Az igazolást nevezett részére

a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal vagy a rehabilitációs szakigazgatási szerv

számú szakhatósági állásfoglalása vagy szakvéleménye, a

fekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézmény

szakrendelő intézet szakorvosa által kiadott

keltű igazolás/zárójelentés alapján állítottam ki.

Szakvéleményem szerint a fent nevezett személy betegsége miatt állandó és tartós gondozásra szorul.

Tés, év hónap nap

P.H.

háziorvos aláírása, pecsétszáma

*háziorvos munkahelyének címe*