***3.melléklet***

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

***Az ápolást végző személyre vonatkozó adatok***

*Személyes adatok*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

……………………………………………………………………………

A fizetési számlát vezető pénzintézet neve: ...........................................................

**Kijelentem, hogy**

**1.keresőtevékenységet:** □ nem folytatok, □ napi 4 órában folytatok, □ otthonomban folytatok; nappali tagozaton tanulói, hallgatói jogviszonyban állok/ nem állok (aláhúzandó)

**2.rendszeres pénzellátásban** □ részesülök típusa……………. havi összege: .....................,

□ nem részesülök;

**3.hogy az ápolt személlyel**: □ életvitelszerűen közös háztartásban élek,

□ nem élek életvitelszerűen közös háztartásban

***Az ápolt személyre vonatkozó adatok***

*Személyes adatok*

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: …..................................................................

***Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat az ápolt részéről***

□ Egyetértek azzal, hogy az otthoni ápolásomat, gondozásomat az ápolási díjat kérelmező hozzátartozóm végezze.

□ Hozzájárulok ahhoz, hogy az önkiszolgáló képességem megítéléséhez szükséges vizsgálatokat elvégezzék.

***Kérelmezőre vonatkozó nyilatkozatok:***

A tárgyévben települési támogatásban **részesülök/részesültem/nem** **részesültem** (aláhúzandó)

Ha igen, ennek típusa: ………………………………………, összege:……………………......

**A kérelem aláírásával büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy**

-**a családban nincs olyan ápolásra alkalmas személy, aki rendszeres pénzellátásban részesül, vagy kereső tevékenységet folytat és munkaideje – az otthon történő munkavégzés kivételével – a napi 4 órát nem haladja meg ÉS**

**- nem részesülök a járási hivatal által megállapított ápolási díjban, valamint az ápolt személyre tekintettel más személy sem részesül ápolási díjban ÉS**

**- a gondozott állandó felügyeletet vagy jelenlétet igénylő állapota miatt kereső tevékenységet az - otthon történő munkavégzés kivételével- a napi 4 órát meghaladóan nem tudok folytatni.**

**Kérelmemhez a jövedelem és vagyonnyilatkozatot csatolom.**

|  |
| --- |
| **Alulírott igénylő aláírásommal tudomásul veszem, hogy nem nyújtható önkormányzati támogatás annak a személynek, aki a körülményeivel kapcsolatban valótlan adatot, tényt közöl. A jogosulatlanul és rosszhiszeműen felvett támogatás a mindenkori jegybanki alapkamat emelt összegével kell visszafizetni.**  **Hozzájárulok a nyilatkozatban szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárásban történő felhasználásához, kezeléséhez.** |

Kérelmem mellékleteként csatolom háziorvos igazolását a 12. számú melléklet szerint, valamint a Villányi Családsegítő, Gyermekjóléti, és Szociális Központ vezetője által kiállított, a gondozási szükséglet igazolásáról szóló, 36/2007.(XII.22.) SZMM.r.3.melléklete szerinti igazolást.

Harkány…………………………………………..

|  |  |
| --- | --- |
| ................................................................... | .................................................................. |
| az ápolást végző személy aláírása | az ápolt személy vagy törvényes képviselője aláírása |