*3. melléklet*

*KÉRELEM   
az ápolási támogatás megállapítására*

*I. Az ápolást végző személyre vonatkozó adatok*

*1. Személyi adatok*

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

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

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

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

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

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

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

Az ápolt személlyel való rokoni kapcsolat: ..............................................................................

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

Bankszámlaszám (akkor kell megadni, ha a folyósítást bankszámlára kéri): ...................................................................................................................................................

A folyószámlát vezető pénzintézet neve: ..................................................................................

*2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok*

a) Az ápolási támogatás megállapítását arra való tekintettel kérem, hogy az ápolt személy:

□ 18. életévét betöltött tartósan beteg

b) Kijelentem, hogy

- keresőtevékenységet:

□ nem 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.

- életvitelszerűen a lakóhelyemen vagy tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzandó)

c) Munkaviszonyban:

□ állok

Fizetés nélküli szabadság kezdő időpontja:…………………………………………..

□ nem állok

Munkaviszony megszűnésének időpontja:…..………………………………………..

Munkaviszony megszüntetésének módja:…………………………………………….

c) Az ápolt személy:

□ közoktatási intézmény tanulója,

□ óvodai nevelésben részesül,

□ nappali szociális intézményi ellátásban részesül,

□ felsőoktatási intézmény hallgatója.

*II. Az ápolt személyre vonatkozó adatok*

*1. Személyi adatok*

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

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

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

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

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

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

Ha az ápolt személy nem cselekvőképes, a törvényes képviselő neve: ...................................

A törvényes képviselő lakcíme: ...............................................................................................

*2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat*

□ Egyetértek azzal, hogy az otthoni ápolásomat, gondozásomat az ápolási támogatást kérelmező hozzátartozóm végezze. Kijelentem, hogy más személy nem gondoskodik az ápolásomról.

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

Dátum: ................................................

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

**Jövedelemnyilatkozat**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *A jövedelmek típusai* | *A kérelmező jövedelme* | *A kérelmezővel közös háztartásban élő házastárs (élettárs) jövedelme* | *A kérelmezővel közös háztartásban élő egyéb személyek jövedelme* | | | *Összesen* |
| 1. Munkaviszonyból, munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyból származó jövedelem és táppénz |  |  |  |  |  |  |
| 2. Társas és egyéni vállalkozásból származó jövedelem |  |  |  |  |  |  |
| 3. Ingatlan és ingó vagyontárgyak értékesítéséből származó jövedelem |  |  |  |  |  |  |
| 4. Nyugellátás, baleseti nyugellátás, egyéb nyugdíjszerű ellátások |  |  |  |  |  |  |
| 5. A gyermek ellátásához és gondozásához kapcsolódó támogatások (GYED, GYES, GYET, családi pótlék, gyermektartásdíj, árvaellátás,...) |  |  |  |  |  |  |
| 6. Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított rendszeres pénzbeli ellátás (munkanélküli járadék, rendszeres szociális segély, jövedelempótló támogatások,...) |  |  |  |  |  |  |
| 7. Föld bérbeadásából származó jövedelem |  |  |  |  |  |  |
| 8. Egyéb (tartásdíj, ösztöndíj, értékpapírból származó jövedelem, kisösszegű kifizetések, stb...) |  |  |  |  |  |  |
| **9. Összes bruttó jövedelem** |  |  |  |  |  |  |
| 10. Személyi jövedelemadó vagy előleg összege |  |  |  |  |  |  |
| 11. Egészségbiztosítási és nyugdíjjárulék összege |  |  |  |  |  |  |
| 12. Munkavállalói járulék összege |  |  |  |  |  |  |
| 13. **A család összes nettó jövedelme** (9-10-11-12) |  |  |  |  |  |  |
| 14. A család összes nettó jövedelmét csökkentő tényezők (tartásdíj) |  |  |  |  |  |  |

Az egy főre jutó havi családi nettó jövedelem: ............................................ Ft

aláírás

*IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY   
az ápolási támogatás megállapításához/kötelező felülvizsgálatához*

*(Az ápolt személy háziorvosa tölti ki.)*

I. Igazolom, hogy

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

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

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

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

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

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

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

Tartósan beteg:

igen - nem

Fenti igazolást nevezett részére

az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet ... fokú szakértői bizottságának .................... számú 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 betegsége miatt állandó és tartós gondozásra szorul. A gondozás várható időtartama:

határozatlan időpont - várhatóan:…………………………………….

Dátum: ................................................

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

háziorvos aláírása   
munkahelyének címe

P. H.