

KÉRELEM
települési ápolási díj 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 ápolott 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:

Az ápolást végző személy családjára vonatkozó adatok

(a közös háztartásban élők adatai)

Név (születési név is)	anyja neve	születési hely, idő	TAJ
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Alulírott ápolást végző személy 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:, az ellátás típusa:.....
- nem részesülök;

- az ápolási tevékenységet:

- a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen,
- az ápolat személy lakóhelyén/tartózkodási helyén végzem (a megfelelő aláhúzendó)

- vállalkozói engedéllyel

- nem rendelkezem,
- rendelkezem és a munkavégzés helye: _____

- őstermelői igazolvánnyal

- nem rendelkezem,
- rendelkezem,
 - a tevékenységet nem magam végzem
 - a tevékenységet magam végzem

Kérjük, jelölje, ha az ápolat személy:

- közoktatási intézmény tanulója,
 - óvodai nevelésben részesül,
 - nappali szociális intézményi ellátásban részesül,
- felsőoktatási intézmény hallgatója.

Az ápolat személyre vonatkozó adatok

Személyes adatok

Neve:

.....

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, idő (év, hó, nap):

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

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

A törvényes képviselő lakcíme:

Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat

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

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

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

.....
az ápolást végző személy aláírása

.....
az ápolat személy vagy törvényes képviselője
aláírása