

3. melléklet az 5/2015. (II.26.) önkormányzati rendelethez

**Szigetszentmiklósi  
Polgármesteri Hivatal**

2310 Szigetszentmiklós,  
Kossuth Lajos utca 2.



Cím: 2310 Szigetszentmiklós. Pf.40.  
Telefon: 36(24)505-5050  
Fax: 36 (24) 505-500  
E-mail: varoshaza@szigetszentmiklos.hu

**KÉRELEM  
ÁPOLÁSI TELEPÜLÉSI TÁMOGATÁS MEGÁLLAPÍTÁSÁHOZ**

I. A kérelmező személyére vonatkozó adatok

1.Személyes adatok

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

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

Lakóhelye: .....

Tartózkodási helye: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

Adóazonosító jele: .....

Állampolgársága: .....

Az ápolat 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: .....

2. A kérelmező idegenrendészeti státusza (nem magyar állampolgárság esetén):

☐ szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, vagy

☐ EU kék kártyával rendelkező, vagy

☐ bevándorolt/letelepedett, vagy

☐ menekült/oltalmazott/hontalan.

3. Jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok

☐ Az ápolási támogatás megállapítását arra való tekintettel kérem, hogy az ápolat személy18. életévét betöltött tartósan beteg.

Kijelentem, hogy

keresőtevékenységet:

☐ nem folytatok,

☐ napi 4 órában folytatok,

☐ otthonomban folytatok;

rendszeres pénzellátásban

☐ részesülök és annak havi összege: .....,

☐ nem részesülök;

Kijelentem, hogy nappali tagozaton tanulói, hallgatói jogviszonyban nem állok.

Kijelentem, hogy az ápolási tevékenységet:

☐ a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen,

☐ az ápolat személy lakóhelyén/tartózkodási helyén

végzem (a megfelelő aláhúzendó);

4. Életvitelszerűen a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzendó).

5. Kérjük, jelölje, ha az ápolásra szoruló személy:

☐ nappali szociális intézményi ellátásban részesül,

☐ felsőoktatási intézmény hallgatója.

## II. 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:.....

### 6.Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat

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

7. A kérelmezővel együtt élő közeli hozzátartozók száma: ..... fő

| Név (ha eltérő születési neve is) | Anyja neve | Születési helye, ideje (év, hó, nap) | TAJ száma | 18. életévét betöltött személy esetén azon oktatási intézmény megnevezése, ahol tanul |
|-----------------------------------|------------|--------------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------|
|                                   |            |                                      |           |                                                                                       |
|                                   |            |                                      |           |                                                                                       |
|                                   |            |                                      |           |                                                                                       |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

#### 8. Jövedelmi adatok

A kérelmező, valamint házastársa/élettársa és a velük egy háztartásban élő gyermekeik havi jövedelme forintban:

| A jövedelem típusa                                                                                     | Kérelmező havi jövedelme | Házastársa (élettársa) havi jövedelme | Gyermekek havi jövedelme |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| 1.Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó ebből közfoglalkoztatásból származó:   |                          |                                       |                          |
| 2. Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó |                          |                                       |                          |
| 3.Táppénz, gyermekgondozási támogatások                                                                |                          |                                       |                          |
| 4.Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások                                     |                          |                                       |                          |
| 5. Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások                       |                          |                                       |                          |
| 6.Egyéb jövedelem                                                                                      |                          |                                       |                          |
| 7.Összes jövedelem                                                                                     |                          |                                       |                          |

Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt jövedelmi adatok valódiságát a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 10.§-ának (7) bekezdése alapján a szociális hatáskört gyakorló szerv az állami adóhatóság illetékes igazgatóság útján ellenőrizheti.

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

Kelt: .....

.....

.....

az ápolást végző személy aláírása

az ápolat személy vagy törvényes képviselője

aláírása

## TÁJÉKOZTATÓ A KÉRELEM KITÖLTÉSÉHEZ

A megfelelő választ X-szel kell jelölni, és a hiányzó adatokat ki kell tölteni.

A kérelemhez minden esetben mellékelni kell a jövedelemnyilatkozatban szereplő, a kérelem hónapját megelőző, nettó jövedelmek típusának megfelelő iratot vagy annak másolatát és a háziorvos igazolását.

Az ügyintézés elősegítése érdekében a kérelmező személyi igazolványát, lakcímkártyáját, a kérelmező és az ápolat személy TAJ kártyáját.

Az e rendelet 15.§-a értelmében nem jogosult ápolási díjra a hozzátartozó, ha:

-keresőtevékenységet folytat és munkaideje – az otthon történő munkavégzés kivételével – a napi 4 órát meghaladja,

-szakiskola, középiskola, illetve felsőoktatási intézmény nappali tagozatos tanulója, hallgatója,

-rendszeres pénzellátásban részesül,

Rendszeres pénzellátásnak minősül: a táppénz, a terhességi-gyermekágyi segély, csecsemőgondozási díj, a gyermekgondozási díj, az öregségi nyugdíj, a korhatár előtti ellátás, a szolgálati járandóság, a balettművészeti életjáradék, az átmeneti bányászjáradék, a rehabilitációs járadék, az öregségi járadék, a munkaképtelenségi járadék, az özvegyi járadék, a növelt összegű öregségi, munkaképtelenségi és özvegyi járadék, az özvegyi nyugdíj – kivéve az ideiglenes özvegyi nyugdíjat, továbbá a házastársa jogán árvaellátásra jogosult foggyatékkal élő, illetve tartósan beteg vagy legalább két árvaellátásra jogosult gyermek eltartásáról gondoskodó személy özvegyi nyugdíját –, a baleseti táppénz, a hozzátartozói baleseti nyugellátások, a foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról szóló törvény alapján folyósított pénzbeli ellátás, a rokkantsági ellátás, a rehabilitációs ellátás, a rokkantsági járadék, a hadigondozottak és nemzeti gondozottak pénzbeli ellátásai, a gyermekgondozási segély, a gyermeknevelési támogatás, az időskorúak járadéka, a foglalkoztatást helyettesítő támogatás, a rendszeres szociális segély, a nemzeti helytállásért elnevezésű pótlék, a közszolgálati járadék, valamint az uniós rendeletek alapján külföldi szerv által folyósított egyéb azonos típusú ellátás.

A kérelem 5. pontját abban az esetben kell kitölteni, ha az ápolat személy nappali szociális intézményi ellátásban részesül vagy felsőoktatási intézmény hallgatója. Az erről szóló igazolást a kérelemhez csatolni kell.

## IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY

az ápolási támogatás megállapításához

(Az ápolat személy háziorvosa tölti ki.)

I. Igazolom, hogy

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, év, hó, nap: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

☐ Súlyosan fogyatékos

súlyos fogyatékoságának jellege: ☐ látássérült ☐ hallássérült ☐ értelmi sérült,  
vagy ☐ mozgássérült

☐ Tartósan beteg

Fenti igazolást nevezett részére a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal vagy a rehabilitációs szakigazgatási szerv ..... számú szakhatósági állásfoglalása vagy szakvéleménye, ..... számú igazolása, vagy ..... fekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézmény ..... szakrendelő intézet szakorvosa által kiadott ..... keltű igazolás/zárójelentés alapján állítottam ki.

II. Szakvéleményem szerint a fent nevezett személy betegsége miatt állandó és tartós gondozásra szorul. A gondozás várható időtartama:

☐ 3 hónapnál hosszabb, vagy

☐ 3 hónapnál rövidebb.

Dátum: ..... .....

háziorvos aláírása

P. H.

## Tájékoztató

a háziorvosi igazolás és szakvélemény kitöltéséhez

A megfelelő választ X-szel kell jelölni, illetve a hiányzó adatokat kitölteni.

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 41. § (3) bekezdése szerint és e rendelet 15.§-a szerint az ápolási díjra vagy ápolási támogatásra való jogosultság szempontjából:

### 1. Súlyosan fogyatékos személy az, akinek

a) segédeszközzel vagy műtéti úton nem korrigálható módon látóképessége teljesen hiányzik, vagy aliglátóként minimális látásmaradvánnyal rendelkezik, és ezért kizárólag tapintó-halló életmód folytatására képes,

b) hallásvesztése olyan mértékű, hogy a beszédnek hallás útján történő megértésére és spontán elsajátítására segédeszközzel sem képes, és halláskárosodás miatt a hangzó beszéd érthető ejtése elmarad,

c) értelmi akadályozottsága genetikai, illetőleg magzati károsodás vagy szülési trauma következtében, továbbá tizennegyedik életévét megelőzően bekövetkező súlyos betegség miatt közép súlyos vagy annál nagyobb mértékű, továbbá aki IQ értékétől függetlenül a személyiség egészét érintő (pervazív) fejlődési zavarban szenved, és az autonómiai tesztek alapján állapota súlyosnak vagy közép súlyosnak minősíthető (BNO szerinti besorolása: F84.0-F84.9),

d) mozgásszervi károsodása, illetőleg funkciózavara olyan mértékű, hogy helyváltoztatása a külön jogszabályban meghatározott segédeszköz állandó és szükségszerű használatát igényli, vagy állapota miatt helyváltoztatásra még segédeszközzel sem képes, vagy végtaghiánya miatt önmaga ellátására nem képes és állandó ápolásra, gondozásra szorul.

**2.Tartósan beteg az a személy,** aki előreláthatólag három hónapnál hosszabb időtartamban állandó ápolást, gondozást igényel.