

KÉRELEM

18. éven felüli tartósan beteg ápolására tekintettel nyújtott települési támogatásra való jogosultság megállapításához

1. 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:

Adóazonosító jele:.....

Állampolgársága:

Az ápolat személlyel való rokoni kapcsolata:

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

A támogatást havonta bankszámlára utalással kérem folyósítani, számlaszám:

.....

A fizetési számlát vezető pénzintézet neve:

A támogatást lakcímre utalással kérem folyósítani.

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.

Jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok

Az ápolási díj megállapítását arra való tekintettel kérem, hogy az ápolat személy:

18. életévét betöltött tartósan beteg.

Kijelentem, hogy

keresőtevékenységet:

nem folytatok,

napi 4 órában folytatok,

otthonomban folytatok;

Rendszeres pénzellátásban

részesülök és annak havi összege:,

nem részesülök;

Az ápolási tevékenységet:

a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen,

az ápolat személy lakóhelyén/tartózkodási helyén végzem (a megfelelő aláhúzendó);

életvitelszerűen a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzendó).
A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók adatai

A kérelmező családjában, a kérelmezővel azonos lakcímen élő közeli hozzátartozók száma: fő.

	A	B	C	D	E
1.	Közeli hozzátartozó neve (születési neve)	Anyja neve	Születési helye, ideje (év, hó, nap)	Társadalombiztosítási Azonosító Jele	Családi kapcsolat megnevezése
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

2. A családban élő közeli hozzátartozók jövedelmi adatai:

1	A jövedelem típusa	Kérelmező	A családban élő közeli hozzátartozók
2	Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó jövedelem		
	ebből közfoglalkoztatásból származó:		
3	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó jövedelem		
4	Táppénz, gyermekgondozási támogatások		
5	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások		
5	Önkormányzat, járási hivatal és foglalkoztatási szerv által folyósított ellátások		
6	Egyéb jövedelem		
7	Összes jövedelem		

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 nem cselekvőképés, 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.

3. 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

IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY

18 év feletti tartósan beteg személy ápolására tekintettel nyújtott települési támogatásra való jogosultság megállapításához, felülvizsgálatához

(Az ápolott 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 mozgássérült, vagy

Tartósan beteg

Fenti igazolást nevezett részére

a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal vagy a rehabilitációs szakigazgatási szerv számú szakhatósági állásfoglalása vagy 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.²³²

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

3 hónapnál hosszabb, vagy

3 hónapnál rövidebb.

Dátum:

.....

háziorvos aláírása
munkahelyének címe

P. H.