

## 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 készpénzben 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 munkaügyi szervek 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 cselekvőképese, 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.<sup>232</sup>

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.