***5 .számú melléklet a 2/2017. (I.26.) számú rendelethez***

 ***KÉRELEM* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *a települési ápolási támogatás megállapítására* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*1. Az ápolást végző személyre vonatkozó adatok*

*1.1. Személyes adatok*

1.1.1. Neve: ....................................................................................................................

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

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

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

1.1.5. Lakóhelye:..............................................................................................................

1.1.6. Tartózkodási helye:.......................................................................................... 1.1.7. Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .......................................................................

1.1.8. Adóazonosító jele: ..................................................................................................

1.1.9. Állampolgársága: ...................................................................................................

1.1.10. Az ápolt személlyel való rokoni kapcsolata: .......................................................

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

1.1.12. Fizetési számlaszám (akkor kell megadni, ha a folyósítást fizetési számlaszámra kéri): ……………………………………………………………………….

1.1.13. A fizetési számlát vezető pénzintézet neve: ........................................................

1.2. A kérelmező családi állapota:

1.2.1. □ egyedülálló,

1.2.2. □ házastársával/élettársával él együtt.

1.3. A kérelmezővel azonos lakcímen élő házastársára/élettársára vonatkozó adatok:

1.3.1. Neve: .................................................................................................................

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

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

1.3.4. Születési helye, ideje (év, hó, nap): ...................................................................

1.3.5. Lakóhelye: ..........................................................................................................

1.3.6. Tartózkodási helye: ............................................................................................

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

1.4. A kérelmezővel azonos lakcímen élő, eltartott gyermekek száma összesen: ................ fő1.5. A kérelmezővel azonos lakcímen élő gyermekekre vonatkozó adatok:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |  A |  B |  C |  D |  E |  F |
|   |  Név(ha eltérő, születésineve is) |  Anyja neve |  Születés helye,ideje(év, hó, nap) |  Társadalom-biztosítási Azonosító Jele |  18. életévét betöltött személy esetén azon oktatási intézménymegnevezése, ahol tanul |  Megjegyzés\* |
|  1.5.1. |   |   |   |   |   |   |
|  1.5.2. |   |   |   |   |   |   |
|  1.5.3. |   |   |   |   |   |   |
|  1.5.4. |   |   |   |   |   |   |
|  1.5.5. |   |   |   |   |   |   |
| 1.5.6. |  |  |  |  |  |  |
| \* *Ebben az oszlopban kell feltüntetni:* |
|  *a) ha a gyermekre tekintettel gyermekgondozási segélyt, gyermeknevelési támogatást, gyermekgondozási díjat vagy terhességi gyermekágyi segélyt folyósítanak,* |
|  *b) ha a 20 évesnél fiatalabb gyermek nem jár oktatási intézménybe, de önálló keresettel még nem rendelkezik, vagy* |
|  *c) életkortól függetlenül a tartós betegség vagy fogyatékosság fennállását, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt.* |

*2. Jövedelemi adatok*

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|   |  A |  B |  C |  D |
|   |  A jövedelem típusa |  Kérelmező |  Házastárs, élettárs |  Családtagok |
|   |   |  havi jövedelme (forint) |
|  2.1. |  Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó |   |   |   |   |   |   |   |
|   |  ebből: közfoglalkoztatásból származó |   |   |   |   |   |   |   |
|  2.2. |  Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó |   |   |   |   |   |   |   |
|  2.3. |  Táppénz, gyermekgondozási támogatások |   |   |   |   |   |   |   |
|  2.4. |  Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások |   |   |   |   |   |   |   |
|  2.5. |  Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások |   |   |   |   |   |   |   |
|  2.6. |  Egyéb jövedelem |   |   |   |   |   |   |   |
|  2.7. |  Összes jövedelem |   |   |   |   |   |   |   |

*3. Jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok*

3.2.1. A települési ápolási támogatás megállapítását arra való tekintettel kérem, hogy az ápolt személy:

□ 18 évet betöltött tartósan beteg.

3.2.2. 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: .....................,

□ nem részesülök;

az ápolási tevékenységet:

□ a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen,

 □ az ápolt személy lakóhelyén/tartózkodási helyén végzem (a megfelelő aláhúzandó);

életvitelszerűen a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzandó).

*4. Az ápolt személyre vonatkozó adatok*

*4.1. Személyes adatok*

4.1.1. Neve: ...................................................................................................................

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

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

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

4.1.5. Lakóhelye: .............................................................................................................

4.1.6. Tartózkodási helye: ................................................................................................

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

4.1.8.[224](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0600063.KOR#lbj224param) Ha az ápolt személy cselekvőképtelen vagy cselekvőképességében teljesen korlátozott, a törvényes képviselő neve: .............................................................................

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

*4.2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat*

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

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

Kelt: ............................................................................, ......................................... ...........

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

***5. számú melléklet a 63/2006. (III. 27.) Korm. rendelethez***

***IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY
az ápolási díj 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: ...............................................................................

□ **Súlyosan fogyatékos**

súlyos fogyatékosságának jellege: □ látássérült □ hallássérült □ értelmi sérült □ mozgássérült, vagy

□ **Tartósan beteg**

Fenti igazolást nevezett részére

a rehabilitációs hatóságként eljáró ..................................................... (szerv megnevezése) ................................... számú határozata, 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 .............................. megyei pedagógiai szakszolgálat .................... számú szakvéleménye alapján állítottam ki.

II. Szakvéleményem szerint a fent nevezett személy

□ fogyatékossága/betegsége miatt állandó és tartós gondozásra szorul;

A gondozás várható időtartama:

□ 3 hónapnál hosszabb, vagy

□ 3 hónapnál rövidebb.

□ fogyatékossága/betegsége miatt nem szorul állandó és tartós gondozásra.

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

................................................
háziorvos aláírása
munkahelyének címe