

Települési támogatási kérelem
Ápolási támogatás igényléséhez

I. Az ápolást végző személyre vonatkozó 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:
- 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;
 nappali tagozaton tanuló, hallgatói jogviszonyban nem állok;
 rendszeres pénzellátásban részesülök és annak havi összege:,
 rendszeres pénzellátásban 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).

II. Az ápolat személyre vonatkozó 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.

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

SZAKVÉLEMÉNY

Ápolási támogatás igényléséhez

(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:

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 alapján állítottam ki.

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:

.....
házi orvos aláírása
munkahelyének címe

P. H.