Kérelem ápolási támogatás megállapítására

1. Az ápolást végző személyre vonatkozó adatok

1.1. A kérelmező személyre vonatkozó adatok:

1.1.1. Neve: _____

1.1.2. Születési neve: _____

1.1.3. Anyja neve: _____

1.1.4. Születési helye, ideje (év, hó, nap): _____

1.1.5. Lakóhely: _____

1.1.6. Tartózkodási hely: _____

1.1.7. Társadalombiztosítási Azonosító Jele: _____

1.1.8. Állampolgársága: _____

1.1.9. Telefonszám (nem kötelező megadni): _____

1.1.10. Fizetési számlaszám (ha a folyósítást fizetési számlaszámra kéri):

_____

1.1.11. 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.

1.2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok

1.2.1. Az ápolási támogatás megállapítását arra való tekintettel kérem, hogy az ápolt személy életkora vagy betegsége és általános fizikai állapota végett mások személyes segítsége nélkül önállóan nem képes

□ étkezni vagy tisztálkodni vagy öltözködni vagy illemhelyet használni vagy lakáson belül közlekedni és ezen feltételek közül egyidejűleg legalább három feltétel fennáll vagy

□ gyógyászati kezeléseken részt venni vagy betegszállítóval részvétele nem megoldható

és állandó és tartós gondozásra szorul azonban nem minősül külön jogszabály szerint meghatározott fogyatékos személynek.

1.2.3. Kijelentem, hogy
1.2.3.1. keresőtevékenységet:
1.2.3.1.1. □ nem folytatok,
1.2.3.1.2. □ napi 4 órában folytatok,

1.2.3.2. nappali tagozaton tanulói, hallgatói jogviszonyban nem állok;

1.2.3.3. rendszeres pénzellátásban
1.2.3.3.1. □ részesülök és annak havi összege: .....,
1.2.3.3.2. □ nem részesülök;

1.2.3.4. az ápolási tevékenységet:
1.2.3.4.1. □ a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen,
1.2.3.4.2. □ az ápolt személy lakóhelyén/tartózkodási helyén
végzem (a megfelelő aláhúzandó);

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

2. Kérelmezővel közös háztartásban (azonos lakcímen) élők száma: ..... fő

Név	Születési hely	Szül.idő (év-hó-nap)	Anyja születési neve	Társadalom-biztosítási Azonosító Jele

II. Jövedelmi adatok

A kérelmező, valamint a vele közös háztartásban élő személyeknek a havi jövedelme forintban:

	A.	B.	C.				
	A jövedelem típusa	Kérelmező	A kérelmezővel közös háztartásban élő személyek				
1.	Munkaviszonyból és más foglakoztatási jogviszonyból származó ebből: közfoglalkoztatásból származó						
2.	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó, táppénz és gyermekgondozási támogatások						
3.	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások						
4.	Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások						
5.	Egyéb jövedelem						
6.	Összes jövedelem						

III. 1. Az ápolt személyre vonatkozó adatok:

III.1.1. Neve: _____

III.1.2. Születési neve: _____

III.1.3. Anyja neve: _____

III.1.4. Születési helye, ideje (év, hó, nap): _____

III.1.5. Lakóhely: _____

III.1.6. Tartózkodási hely: _____

III.1.7. Társadalombiztosítási Azonosító Jele: _____

III.1.8. Állampolgársága: _____

III.1.9. Telefonszám (nem kötelező megadni): _____

III.1.10. Ha az ápolt személy cselekvőképtelen vagy cselekvőképességében teljesen korlátozott, a törvényes képviselő neve: _____

III.1.11. A törvényes képviselő lakcíme: _____

III. 2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat

III.2.1. □ Egyetértek azzal, hogy az otthoni ápolásomat, gondozásomat az ápolási támogatás kérelmező hozzátartozóm végezze.

III.2.2. □ Büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy a kérelmezővel vagy más hozzátartozóval tartási életjáradéki szerződést nem kötöttem.

Kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. 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

IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY
az ápolási támogatás megállapításához

(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: _____

II. Szakvéleményem szerint

- a fent nevezett személy életkora vagy betegsége és általános fizikai állapota végett mások személyes segítsége nélkül önállóan nem képes

a) étkezni vagy tisztálkodni vagy öltözködni vagy illemhelyet használni vagy lakáson belül közlekedni és ezen feltételek közül egyidejűleg legalább három feltétel fennáll vagy

b) gyógyászati kezeléseken részt venni vagy betegszállítóval részvétele nem megoldható

és állandó és tartós gondozásra szorul azonban nem minősül külön jogszabály szerint meghatározott fogyatékos személynek.

- az előző pontokban meghatározott feltételek nem állnak fent, a fent nevezett személy nem szorul állandó és tartós gondozásra.

A gondozás várható időtartama:

□ 3 hónapnál hosszabb, _____ vagy

□ 3 hónapnál rövidebb.

Dátum: _____

_____
háziorvos aláírása
munkahelyének címe

P. H.