

KÉRELEM az ápolási támogatás megállapítására

1. Az ápolást végző személyre vonatkozó adatok

1.1. Személyes adatok

Neve:

Anyja neve:

Születési hely, idő (év, hó, nap):

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Állampolgársága:

Az ápolott személlyel való rokoni kapcsolata:

Telefonszám:.....

Fizetési számlaszám:

A fizetési számlát vezető pénzintézet neve:

1.2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok

Kijelentem, hogy

a) keresőtevékenységet:

- nem folytatok,
- napi 4 órában folytatok,
- otthonomban folytatok;

b) nappali tagozaton tanulói, hallgatói jogviszonyban nem állok;

c) rendszeres pénzellátásban

- részesülök és annak havi összege: Ft
- nem részesülök;

d) az ápolási tevékenységet:

- a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen,
- az ápolott személy lakóhelyén/tartózkodási helyén végzem (a megfelelő aláhúzendó);

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

f) az ápolott családjában a kérelmezőn kívül helyzeténél fogva ápolásra, gondozásra alkalmas más személy nincs,

- g) az ápoló és az ápolat között tartási, életjáradéki vagy öröklési szerződés nem áll fenn,
h) jövedelemszerzéssel járó munkám nem akadályoz ápolási kötelezettségeim teljesítésében,
i) az Szt. 43. §-ában és a 43/A. §-ában meghatározott ápolási díjra nem vagyok jogosult.

1.3. *Kérjük, jelölje, ha az ápolat személy:*

- közoktatási intézmény tanulója,
 óvodai nevelésben részesül,
 nappali szociális intézményi ellátásban részesül,
 felsőoktatási intézmény hallgatója.

2. *Az ápolat személyre vonatkozó adatok*

2.1. *Személyes adatok*

Neve:

Anyja neve:

Születési hely, idő (év, hó, nap):

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Ha az ápolat személy cselekvőképtelen vagy cselekvőképességében teljesen korlátozott, a törvényes képviselő neve:

A törvényes képviselő lakcíme:

2.2. *Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat (gondozott tölti ki)*

Egyetértek azzal, hogy az otthoni ápolásomat, gondozásomat az ápolási támogatást kérelmező hozzátartozóm végezze.

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

Kelt: Adony,

.....

az ápolást végző személy aláírása az ápolat személy vagy törvényes képviselője aláírása

IGAZOLÁS az ápolási támogatás megállapításához

(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 (tartósan beteg az a személy, aki előreláthatólag három hónapnál hosszabb időtartamban állandó ápolást, gondozást igényel).

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.

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.

III. Igazolom, hogy (ápolási támogatást kérelmező neve) alkalmas az ápolási feladatok ellátására.

Dátum:

.....

háziorvos aláírása

munkahelyének címe:

