*2. melléklet a …/2015. (III...) a helyi szociális ellátásokról szóló rendelethez*

***KÉRELEM  
ápolási célú települési támogatás megállapítására***

***1. Az ápolást végző személyre vonatkozó adatok***

*1.1. Személyes adatok*

Neve: ..........................................................................................................................................

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

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

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

Lakóhelye: .................................................................................................................................

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

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

Adóazonosító jel: ……………………………………………………………………………...

Állampolgársága: .......................................................................................................................

Az ápolt 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.

*1.2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok*

Kijelentem, hogy

- keresőtevékenységet:

□ nem folytatok

* folytatok

- felsőfokú intézmény nappali képzésében nem veszek részt

- rendszeres pénzellátásban

□ részesülök és annak havi összege: .........................

□ nem részesülök;

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

- az ápol személlyel hivatalosan eltartási szerződést

* kötöttem
* nem kötöttem

- az ápolt személy házi segítségnyújtásban

* részesül
* nem részesül

***2. Az ápolt személyre vonatkozó adatok***

*2.1. Személyes adatok*

Neve:...........................................................................................................................................

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

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

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

Lakóhelye: .................................................................................................................................

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

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

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

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

*2.2. 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 ápolt személy vagy törvényes képviselője aláírása |
|  |  |
|  |  |

***IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY   
az ápolási célú települési 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: .................................................................................

tartósan beteg személy.

Fenti igazolást nevezett részére

a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal ... fokú szakértői bizottságának .................... 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 betegsége miatt állandó és tartós gondozásra szorul.

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

................................................

háziorvos aláírása   
munkahelyének címe