

KÉRELEM
ápolásra nyújtott 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:

Állampolgársága:

Az ápolat személlyel való rokoni kapcsolata:

Telefonszám (nem kötelező megadni):

Fizetési számlaszám (akkor kell megadni, ha a folyósítást 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 személyrel hivatalosan eltartási szerződést
 - kötöttem
 - nem kötöttem
- az ápol személy házi segítségnyújtásban
 - részesül
 - nem részesül

2. Az ápol 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 ápol 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.

4. Kijelentem, hogy a kérelmemnek teljesen helyt adó döntés elleni fellebbezési jogomról lemondok/nem mondok le. (A megfelelő rész aláhúzendó)

Kelt:,

.....
az ápolást végző személy aláírása

.....
az ápol személy vagy törvényes képviselője aláírása

IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY
az ápolási célú települési 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 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