

KÉRELEM

Települési ápolási támogatás megállapítására

I. Az ápolást végző személyre vonatkozó adatok

1. Személyi adatok

Neve: Társadalombiztosítási Azonosító Jele:
Születési neve:
Anyja neve: Telefonszám (nem kötelező megadni):
Születési hely, év, hó, nap: Bankszámlaszám (akkor kell megadni, ha a folyósítást bankszámlára kéri):
Lakóhely:
Tartózkodási hely:
Az ápolat személlyel való rokoni kapcsolat: A folyószámlát vezető pénzintézet neve:
.....

2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok

a) Az ápolási díj megállapítását arra való tekintettel kérem, hogy az ápolat személy:

18. életévét betöltött tartósan beteg, és rajtam kívül nincs olyan közeli hozzátartozó, aki a gondozását ápolását vállalni tudná.

b) Kijelentem, hogy

- keresőtevékenységet:

nem folytatok

napi 4 órában folytatok

otthonomban folytatok

- nappali tagozaton tanulói, hallgatói jogviszonyban nem állok

- rendszeres pénzellátásban

részesülök és annak havi összege:

nem részesülök

- az ápolási tevékenységet:

a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen

az ápolat személy lakóhelyén/tartózkodási helyén végzem.

- életvitelszerűen a lakóhelyemen vagy tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzendó)

c) Az ápolat személy:

közoktatási intézmény tanulója,

óvodai nevelésben részesül,

nappali szociális intézményi ellátásban részesül,

felsőoktatási intézmény hallgatója.

II. Az ápolat személyre vonatkozó adatok

1. Személyi adatok

Neve:
Születési neve:
Anyja neve:
Születési hely, év, hó, nap:
Lakóhely:
Tartózkodási hely:
Ha az ápolat személy nem cselekvőképes, a törvényes képviselő neve:
A törvényes képviselő lakcíme:

1.2. Kérelmező háztartásában élők személyi adatai:

	A	B	C	D
	Név (születési név)	Születési helye, ideje (év, hó, nap)	Anyja neve	Társadalmi biztosítási Azonosító Jele
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat

- Egyetértek azzal, hogy az otthoni ápolásomat, gondozásomat az ápolási díjat kérelmező hozzátartozóm végezze. (ápolat személy)
- Hozzájárulunk ahhoz, hogy az ápolást végző személy kötelezettségének teljesítését a házi segítségnyújtást végző rendszeres időközönként ellenőrizze.

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

Dátum:

.....
az ápolást végző személy aláírása

.....
az ápolat személy vagy törvényes képviselője aláírása

JÖVEDELEMNYILATKOZAT (a kérelmező háztartásának jövedelme)

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

közös háztartásban élők egy főre jutó havi nettó átlag jövedelme: Ft.

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt jövedelmi adatok valóságát a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 10. §-ának (3) bekezdése alapján a szociális hatáskört gyakorló szerv - az állami adóhatóság illetékes igazgatósága útján - ellenőrizheti.

Szabadkígyós, 20.....

Kérelmező aláírása

Ápolat személy aláírása

Háztartás nagykorú tagjai aláírása

IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY
az ápolási díj megállapításához/kötelező felülvizsgálatához

(Az ápolat személy háziórvosa 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

az Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal vagy a rehabilitációs szakigazgatási szerv számú szakhatósági állásfoglalása vagy szakvéleménye, vagy a megyei gyermek szak-főorvosszámú igazolása, vagy fekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézmény szakrendelő intézet szakorvosa által kiadott 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.

Dátum:

.....
háziórvos aláírása
munkahelyének címe

P. H.

MUNKÁLTATÓI IGAZOLÁS

MUNKÁLTATÓ ADATAI:

Neve: _____

Címe: _____

Adószáma: _____

Cégjegyzékszám: _____

Kitöltésért felelős neve: _____

Kitöltésért felelős telefonszáma: _____

MUNKAVÁLLALÓ ADATAI

Neve: _____

Születési neve: _____

Anyja születési neve: _____

Születési helye, ideje: _____

Lakcíme: _____

Adóazonosító jele: _____

TAJ száma: _____

Munkavégzés kezdete: _____

Foglalkoztatás helye: _____

Igazoljuk, hogy _____ (név), a mai napon legalább 6 hónap bejelentett munkaviszonnyal rendelkezik _____ (nál/nél).

Nevezett munkavállaló kérte a munkaviszonyának közös megegyezéssel történő megszüntetését _____ napjával, tekintettel arra, hogy Szabadkígyós Község Önkormányzatához települési ápolási támogatás iránti kérelmet kíván benyújtani.

_____, 20__ . _____

P. H.

munkáltató (cégszerű) aláírása