1. melléklet a 4/2015.(II.27.) önkormányzati rendelethez

**KÉRELEM**

**települési ápolási támogatás megállapítására**

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

*1.1. Személyes adatok*

1.1.1. Neve: ..................................................................................................................................................

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

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

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

1.1.5. Lakóhelye: ..........................................................................................................................................

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

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

1.1.8. Adóazonosító jele: ..............................................................................................................................

1.1.9. Állampolgársága: ...............................................................................................................................

1.1.10. Az ápolt személlyel való rokoni kapcsolata: .....................................................................................

1.1.11. Telefonszám (nem kötelező megadni): ............................................................................................

1.1.12. Folyószámlaszám (akkor kell megadni, ha a folyósítást folyószámlaszámra kéri): ………………………………………….............................................................................................................

1.1.13. A folyószámlát vezető pénzintézet neve: ....................................................................................

1.1.14. A kérelmező idegenrendészeti státusza (nem magyar állampolgárság esetén):

1.1.14.1. 🞏 szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, vagy

1.1.14.2. 🞏 EU kék kártyával rendelkező, vagy

1.1.14.3. 🞏 bevándorolt/letelepedett, vagy

1.1.14.4. 🞏 menekült/oltalmazott/hontalan.

*1.2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok*

1.2. Kijelentem, hogy

1.2.1. keresőtevékenységet:

1.2.1.1. 🞏 nem folytatok,

1.2.1.2. 🞏 napi 4 órában folytatok,

1.2.1.3. 🞏 otthonomban folytatok;

1.2.2. nappali tagozaton tanulói, hallgatói jogviszonyban nem állok;

1.2.3. az ápolási tevékenységet:

1.2.3.1. 🞏 a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen,

1.2.3.2. 🞏 az ápolt személy lakóhelyén/tartózkodási helyén

végzem (a megfelelő aláhúzandó);

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

1.2.5. Kérjük, jelölje, ha az ápolt személy:

🞏 közoktatási intézmény tanulója,

🞏 nappali szociális intézményi ellátásban részesül,

🞏 felsőoktatási intézmény hallgatója.

* 1. A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók adatai

A kérelmező családjában, a kérelmezővel azonos lakcímen élő közeli hozzátartozók száma: ......... fő.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Közeli hozzátartozó neve(születési neve) | Anyja neve | Születési helye, ideje (év, hó, nap) | Társadalom-biztosításiAzonosító Jele | Családi kapcsolat megnevezése | Megjegyzés\* |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |

\* Ebben az oszlopban kell feltüntetni, ha

*a)* a 20 évesnél fiatalabb gyermek nem jár oktatási intézménybe, de önálló keresettel még nem rendelkezik,

*b)* életkortól függetlenül a gyermek tartós betegségének vagy fogyatékosságának fennállását, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt.

Jövedelmi adatok

A kérelmező, valamint a családban élő közeli hozzátartozóinak a havi jövedelme forintban:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | A jövedelem típusa |  Kérelmező |  A családban élő közeli hozzátartozók |
| 2. |  Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származóebből közfoglalkoztatásból származó |   |   |   |   |      |     |   |
| 3. |  Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó |   |   |   |   |  |  |   |
| 4. |  Táppénz, gyermekgondozási támogatások |   |   |   |   |  |  |   |
| 5. | Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások |   |   |   |   |  |  |   |
| 6. | Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások |   |   |   |   |  |  |   |
| 7. | Egyéb jövedelem |   |   |   |   |  |  |   |
| 8. | Összes jövedelem |   |   |   |   |  |  |   |

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

*2.1. Személyes adatok*

2.1.1. Neve: ..................................................................................................................................................

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

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

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

2.1.5. Lakóhelye: ..........................................................................................................................................

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

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

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

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

2.1.10. Az ápolt háziorvosának neve, hivatali elérhetősége (telefon, cím)……………………………………

….............................................................................................................................................................

*2.2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat*

2.2.1. 🞏 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 az ápolási támogatás megállapítása iránti kérelmemnek teljes egészében helyt adó döntés elleni fellebbezési jogomról lemondok. *(Nemleges válasz esetén kérjük a szövegrészt áthúzással törölni!)*

Kelt: ............................................................................, ......................................... ...........

*.......................................................... ...................................................*

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

**Tájékoztatás**

A közigazgatási hatósági eljárás és szolgáltatás általános szabályairól szóló 2004. évi CXL. törvény 29. § (9) bekezdése értelmében, az eljárás megindításáról értesítést kérhet:

*a)* az ügy iktatási számáról, az ügyintéző nevéről és hivatali elérhetőségéről,

*b)* az eljárás megindításának napjáról, az ügyintézési határidőről, az ügyintézési határidőbe nem számító időtartamokról, a hatóság eljárási kötelezettségének elmulasztása esetén követendő eljárásról,

*c)* az iratokba való betekintés és nyilatkozattétel lehetőségéről, valamint

*d)* arról, hogy kérelme a szükséges adatainak kezeléséhez és belföldi jogsegély, valamint szakhatósági eljárás lefolytatása céljából történő továbbításához való hozzájárulásnak minősül.

**A kérelemhez mellékelni kell**

1. az igénylő és családtagjai jövedelemigazolása,

A jogosultság megállapításakor

*a)* a havi rendszerességgel járó - nem vállalkozásból, illetve őstermelői tevékenységből (a továbbiakban együtt: vállalkozás) származó - jövedelem esetén a kérelem benyújtását megelőző hónap jövedelmét,

*b)* vállalkozásból származó jövedelem esetén a kérelem benyújtásának hónapját közvetlenül megelőző tizenkét hónap alatt szerzett jövedelem egyhavi átlagát

kell figyelembe venni, azzal, hogy a *b)* pont szerinti számításnál azon hónapoknál, amelyek adóbevallással már lezárt időszakra esnek, a jövedelmet a bevallott éves jövedelemnek e hónapokkal arányos összegében kell beszámítani,

c) nem havi rendszerességgel szerzett jövedelem esetén a kérelem benyújtásának hónapját közvetlenül megelőző háromhónap alatt szerzett egyhavi átlagáról szóló nyilatkozat.

1. amennyiben a kérelmező, közeli hozzátartozója illetve a háztartásában életvitelszerűen vele együtt lakó más személy rendszeres jövedelemmel nem rendelkezik, úgy az erről szóló nyilatkozatot és a Munkaügyi Központ igazolását arról, hogy regisztrált álláskereső és ellátásban nem részesül, azon személyek kivételével, akik betegségük, egészségi állapotuk miatt nem képesek a Munkaügyi Központtal együttműködni és ezt orvosi igazolással alá tudják támasztani vagy a rendelet alapján ápolási támogatásban részesülnek,
2. a kérelmező részéről – amennyiben munkaviszonyban áll – a munkáltató igazolása arról, hogy munkavégzése a napi 4 órát nem haladja meg,
3. a háziorvos igazolását az ápolt állapotára vonatkozóan,
4. a vagyonnyilatkozatot,
5. 16. életévét betöltött gyermek esetén az iskolalátogatási igazolást vagy hallgatói jogviszony igazolást,
6. ha az ápolt köznevelési vagy felsőoktatási intézményben tanulmányokat folytat vagy nappali szociális intézményi ellátásban részesül, az intézményvezető igazolását.

***IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY
a települési 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: ....................................................................................

**Fenti igazolást nevezett részére**

- a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal ... fokú szakértői bizottságának .................... számú szakhatósági állásfoglalása vagy szakvéleménye, vagy

- ……...........................................................................fekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézmény ....................................................... szakrendelő intézet szakorvosa által kiadott .................... keltű igazolás/zárójelentés alapján állítottam ki.

**II. Szakvéleményem szerint a fent nevezett személy betegsége miatt állandó és tartós gondozásra szorul. A gondozás várható időtartama:**

□ 3 hónapnál hosszabb, vagy

□ 3 hónapnál rövidebb.

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

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

háziorvos aláírása

P. H.

***Igazolás települési ápolási támogatás megállapításához***

Igazolom, hogy az ápolt................................................................................................................... (név)

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

Születési hely, év, hó, nap: ..........................................................................................................

Lakóhely: .....................................................................................................................................

Tartózkodási hely: .......................................................................................................................

„A” köznevelési intézmény tanulója,

„B” nappali szociális intézményi ellátásban részesül,

„C” felsőoktatási intézmény hallgatója.

Az intézmény megnevezése: .......................................................................................................

Az „A” pontban foglalt esetben az intézményben eltöltött idő a kötelező tanórai foglalkozások időtartamát

|  |  |
| --- | --- |
| meghaladja | nem haladja meg. |

A „B” pontban foglalt esetben az intézmény igénybevételének, illetőleg a „C” pont szerinti esetben az intézmény látogatási kötelezettségének időtartama átlagosan a napi 5 órát

|  |  |
| --- | --- |
| meghaladja | nem haladja meg. |

Az „A”-„C” pontban foglalt intézmény igénybevétele az ápolást végző személy rendszeres közreműködését

|  |  |
| --- | --- |
| szükségessé teszi | nem teszi szükségessé. |

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

P. H.

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

intézményvezető