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.

1.3. 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-biztosítási Azonosító 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 származó ebből 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

a) 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 három hónap alatt szerzett egyhavi átlagáról szóló nyilatkozat.

b) 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,

c) a kérelmező részéről – amennyiben munkaviszonyban áll – a munkáltató igazolása arról, hogy munkavégzése a napi 4 órát nem haladja meg,

d) a háziorvos igazolását az ápolt állapotára vonatkozóan,

e) a vagyonnyilatkozatot,

f) 16. életévét betöltött gyermek esetén az iskolalátogatási igazolást vagy hallgatói jogviszony igazolást,

g) 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