**KÉRELEM**

 **Települési ápolási, gondozási támogatás megállapítására**

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

***1.* *Személyes adatok***

Neve: …………………………………………………………………………………

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

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

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

Lakóhely: ……………………………………………………………………………

Tartózkodási hely: ……………………………………………………………………

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: \_\_ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_

Adóazonosító jele: …………………………………………………………………….

Állampolgársága: ……………………………………………………………………

Az ápolt személlyel való rokoni kapcsolat: …………………………………………

Telefonszám: …………………………………………………………………………

E-mail: ……………………………………………………………………………….

Bankszámlaszám: ……………………………………………………………………

A kérelmező idegenrendészeti státusza (nem magyar állampolgár esetén):

* szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, vagy
* EU kék kártyával rendelkező, vagy
* bevándorolt/letelepedett, vagy
* menekült/oltalmazott/hontalan.

***2.* *Jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok:***

1. A települési ápolási támogatás megállapítását arra való tekintettel kérem, hogy az ápolt személy:

 18. életévét betöltött tartósan beteg

*b)* Kijelentem, hogy

– keresőtevékenységet:

 nem folytatok

 napi 4 órában 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 ápolt személy lakóhelyén/tartózkodási helyén

végzem.

– életvitelszerűen a lakóhelyemen vagy tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzandó)

*c)* Az ápolt személy:

 közoktatási intézmény tanulója,

 nappali szociális intézményi ellátásban részesül,

 felsőoktatási intézmény hallgatója.

***II. Az ápolt személyre vonatkozó adatok***

***1.* *Személyes adatok***

Neve: ……………………………………………………………………………………..

Születési neve: ……………………………………………………………………………

Anyja neve: ………………………………………………………………………………

Születési hely, év, hó, nap: ………………………………………………………………

Lakóhely: ………………………………………………………………………………..

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

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: \_\_ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_

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

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

***2.* *Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat***

 Egyetértek azzal, hogy az otthoni ápolásomat, gondozásomat a települési ápolási támogatást kérelmező hozzátartozóm végezze.

***III. A kérelmezővel egy lakásban együtt élő – ott bejelentett lakóhellyel vagy tartózkodási hellyel rendelkező közeli hozzátartozók, azaz a család tagjainak adatai:***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |  A |  B |  C |  D | E |
|   |  **Név(születési név)** |  **Születési helye, ideje****(év, hó, nap)** |  **Anyja neve** | **Társadalombiztosítási AzonosítóJele (TAJ)** | **Rokoni kapcsolat** |
|  1. |   |   |   |   |  |
|  2. |   |   |   |   |  |
|  3. |   |   |   |   |  |
|  4. |   |   |   |   |  |
|  5. |   |   |   |   |  |
| 6. |  |  |  |  |  |

***IV. Jövedelmi adatok***

***A kérelmező, valamint házastársának (élettársának) és a vele egy családban élő gyermekeinek a havi nettó jövedelme:***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| A jövedelmek típusai | Kérelmező | Házastárs/élettárs |  Gyermekek havi jövedelme Ft | Összesen |
|  1. Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó |   |   |   |   |   |   |
|  2. Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, szellemi és más önálló tevékenységből származó  |   |   |   |   |   |   |
|  3. Nyugellátás, és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások |   |   |   |   |   |   |
|  4. Táppénz, gyermekgondozási támogatások: GYED, GYES, GYET, családi pótlék, gyermektartásdíj) |   |   |   |   |   |   |
|  5. Önkormányzat és állami foglalkoztatási szervek által folyósított ellátások |   |   |   |   |   |   |
|  6. Egyéb jövedelem (pl. ösztöndíj, ingatlan- és ingó vagyontárgyak értékesítéséből származó jöv., értékpapírból származó jöv. kisösszegű kifiz.) |   |   |   |   |   |   |
|  7. A család összes nettó jövedelme |   |   |   |   |   |   |
|  8. A család összes nettó jövedelmét csökkentő tényezők (fizetett tartásdíj összege) |   |   |   |   |   |   |

**Egy főre jutó havi családi nettó jövedelem (ügyintéző tölti ki!): ........................ Ft/hó.**

**Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a JÖVEDELEMNYILATKOZAT-ban közölt adatok a valóságnak megfelelnek.**

Balatongyörök, 202.……………………………..

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

     ápolást végző személy aláírása    ápolt személy vagy törvényes képviselője

aláírása

**V. Nyilatkozatok**

* **Tudomásul veszem**, hogy a kérelemben közölt jövedelmi adatok valódiságát a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 10. § (7) bekezdése alapján a szociális hatáskört gyakorló szerv – a NAV hatáskörrel és illetékességgel rendelkező adóigazgatósága útján – ellenőrizheti.
* **Hozzájárulok** a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához.
* Felelősségem tudatában **kijelentem**, hogy
1. \*életvitelszerűen a lakóhelyemen/a tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzandó),
2. a családomban élő közeli hozzátartozóként feltüntetett személyek életvitelszerűen az enyémmel megegyező lakcímen élnek,
3. a kérelemben közölt adatok a valóságnak megfelelnek,
4. az ápolási, gondozási támogatás megállapítása iránti kérelmemnek teljes egészében helyt adó döntés elleni fellebbezési jogomról lemondok. *(Nemleges válasz esetén kérjük a szövegrészt áthúzással törölni!)*

\*(Ezt a nyilatkozatot csak abban az esetben kell megtenni, ha egyidejűleg bejelentett lakó- és tartózkodási hellyel is rendelkezik.)

Balatongyörök, 202.……………………………..

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

     ápolást végző személy aláírása    ápolt személy vagy törvényes képviselője

aláírása

A kérelemhez minden esetben mellékelni kell a háziorvos igazolását.

**IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY**

**a települési ápolási támogatás megállapításához/felülvizsgálatához**

*(Az ápolt személy háziorvosa tölti ki.)*

Igazolom, hogy

Neve: ………………………………………...……………………………………………

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

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

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

Lakóhely: …………………………………………………………………………………

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

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: \_\_ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_

 **Tartósan beteg**

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

munkahelyének címe

P. H.