|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SzigetszentmiklósiPolgármesteri Hivatal2310 Szigetszentmiklós,Kossuth Lajos utca 2. | kicsi | 🖃 Cím: 2310 Szigetszentmiklós. Pf.40.🕿Telefon: 36(24)505-500🖂 E-mail: varoshaza@szigetszentmiklos.hu |
| **KÉRELEM****ÁPOLÁSI TELEPÜLÉSI TÁMOGATÁS MEGÁLLAPÍTÁSÁHOZ** |

I. Személyi adatok:

1. A kérelmező személyére vonatkozó személyi adatok:

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

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

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

Szül. hely, idő, (év, hó nap):.……………...………………………………………………….......

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

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

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: ………………………......................................................

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

Állampolgársága:……………………………………………………………….………….........

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

Telefonszám:…………………………………………………………………………..…….......

Fizetési számlát vezető pénzintézet neve, számlaszám: (csak akkor kell megadni, ha a folyósítást számlaszámra kéri): …………………………………………………………….........

Kijelentem, hogy életvitelszerűen a lakóhelyemen vagy a tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzandó).

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

c szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, vagy

c EU kék kártyával rendelkező, vagy

c bevándorolt/letelepedett, vagy

c menekült/oltalmazott/hontalan.

3. Jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok

c Az ápolási támogatás megállapítását arra való tekintettel kérem, hogy az ápolt személy18. életévét betöltött tartósan beteg.

Kijelentem, hogy

keresőtevékenységet:

 c nem folytatok,

 c napi 4 órában folytatok,

 c otthonomban folytatok;

rendszeres pénzellátásban

 c részesülök és annak havi összege: .....................,

 c nem részesülök;

Kijelentem, hogy nappali tagozaton tanulói, hallgatói jogviszonyban nem állok.

Kijelentem, hogy az ápolási tevékenységet:

c a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen,

c az ápolt személy lakóhelyén/tartózkodási helyén

végzem (a megfelelő aláhúzandó);

4. Életvitelszerűen a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzandó).

5. Kérjük, jelölje, ha az ápolásra szoruló személy:

c nappali szociális intézményi ellátásban részesül,

c felsőoktatási intézmény hallgatója.

6. Az ápolt személlyel életjáradéki vagy eltartási szerződést kötöttem / nem kötöttem (a megfelelő rész aláhúzandó).

7. A kérelmezővel együtt élő közeli hozzátartozók száma: .................................... fő

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| A | B | C | D |
| Név  | Anyja neve | Születési helye, ideje (év, hó, nap) | TAJ száma |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

II. Jövedelmi adatok:

A kérelmező, valamint házastársa/élettársa és a velük egy háztartásban élő gyermekeik havi jövedelme forintban:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| A | B | C | D |
| A jövedelem típusa | Kérelmező havi jövedelme | Házastársa(élettársa) havi jövedelme | Gyermekek havi jövedelme |
| Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból(közfoglalkoztatásból, táppénzből) származó |  |  |  |
| Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó |  |  |  |
| Gyermekgondozási támogatások (családipótlék, GYES, GYED, GYET, CSED, gyermektartásdíj) |  |  |  |
| Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások |  |  |  |
| Önkormányzat, járási hivatal által folyósított ellátások(ápolási díj, időskorúak járadéka, GYOD, FHT, EGYT, álláskeresési ellátások) |  |  |  |
| Egyéb jövedelem |  |  |  |
| Összes jövedelem |  |  |  |

III. Az ápolt személyre vonatkozó adatok

Személyes adatok

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

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

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

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

Lakóhelye: …………………………………………………………………….……………......

Tartózkodási helye: ………………………………………………………………….……….....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: …………………………………………….………........

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

1. Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat

c Egyetértek azzal, hogy az otthoni ápolásomat, gondozásomat az ápolási támogatást kérelmező hozzátartozóm végezze.

IV. Egyéb nyilatkozatok:

Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt jövedelmi adatok valódiságát a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 10. §-ának (7) bekezdése alapján a szociális hatáskört gyakorló szerv – a NAV hatáskörrel és illetékességgel rendelkező igazgatósága útján - ellenőrizheti.

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

Büntetőjogi felelősségem teljes tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek.

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

|  |  |
| --- | --- |
| ................................................az ápolást végző személy aláírása | ……….................................................az ápolt személy vagy törvényes képviselőjének aláírása  |

IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY

az 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: …………………………………………………….........

c Súlyosan fogyatékos

súlyos fogyatékosságának jellege: c látássérült c hallássérült c értelmi sérült,

 vagy c mozgássérült

c Tartósan beteg

Fenti igazolást nevezett részére a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal vagy a rehabilitációs szakigazgatási szerv .................... számú szakhatósági állásfoglalása vagy szakvéleménye, .................... számú igazolása, 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:

c 3 hónapnál hosszabb, vagy

c 3 hónapnál rövidebb.

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

 háziorvos aláírása

 P. H.

**Tájékoztató**

**a háziorvosi igazolás és szakvélemény kitöltéséhez**

A megfelelő választ X-szel kell jelölni, illetve a hiányzó adatokat kitölteni.

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 41. § (3) bekezdése szerint és e rendelet 15.§-a szerint az ápolási díjra vagy ápolási támogatásra való jogosultság szempontjából:

1. Súlyosan fogyatékos személy az, akinek

*a)* segédeszközzel vagy műtéti úton nem korrigálható módon látóképessége teljesen hiányzik, vagy alig látóként minimális látásmaradvánnyal rendelkezik, és ezért kizárólag tapintó-halló életmód folytatására képes,

*b)* hallásvesztesége olyan mértékű, hogy a beszédnek hallás útján történő megértésére és spontán elsajátítására segédeszközzel sem képes, és halláskárosodás miatt a hangzó beszéd érthető ejtése elmarad,

*c)* értelmi akadályozottsága genetikai, illetőleg magzati károsodás vagy szülési trauma következtében, továbbá tizennegyedik életévét megelőzően bekövetkező súlyos betegség miatt középsúlyos vagy annál nagyobb mértékű, továbbá aki IQ értékétől függetlenül a személyiség egészét érintő (pervazív) fejlődési zavarban szenved, és az autonómiai tesztek alapján állapota súlyosnak vagy középsúlyosnak minősíthető (BNO szerinti besorolása: F84.0-F84.9),

*d)* mozgásszervi károsodása, illetőleg funkciózavara olyan mértékű, hogy helyváltoztatása a külön jogszabályban meghatározott segédeszköz állandó és szükségszerű használatát igényli, vagy állapota miatt helyváltoztatásra még segédeszközzel sem képes, vagy végtaghiánya miatt önmaga ellátására nem képes és állandó ápolásra, gondozásra szorul.

***2.Tartósan beteg az a személy****,* aki előreláthatólag három hónapnál hosszabb időtartamban állandó ápolást, gondozást igényel.

**A kérelemhez minden esetben csatolni kell:**

* Kérelmező személyi igazolványát, lakcímkártyát, TAJ kártyáját, adóazonosító jelét, valamint ápolt személy személyi igazolványát, lakcímkártyáját, TAJ kártyáját
* ápolt személy háziorvosának igazolását
* Kérelmező, valamint kérelmezővel egy családban élők jövedelmi helyzetének való igazolását:
* munkabérről, munkáltató által fizetett táppénzről a munkáltató által a kérelem benyújtását megelőző hónapról kiállított nettó jövedelemigazolás, vagy munkabér jegyzék,
* vállalkozó vagy őstermelő esetén a kérelem benyújtásának hónapját közvetlenül megelőző tizenkét hónap alatt szerzett jövedelemről a Nemzeti Adó- és Vámhivatal igazolása és a tárgyévben elért jövedelemről nyilatkozat,
* álláskeresési ellátás esetén a Szigetszentmiklósi Járási Hivatal Foglalkoztatási Osztályának (a továbbiakban: Munkaügyi Kirendeltség) megállapító határozata, és az utolsó havi ellátás összegét igazoló postai szelvény vagy bankszámlakivonat,
* a gyermekgondozási támogatások esetében az utolsó havi postai szelvény vagy bankszámlakivonat,
* nyugdíj, nyugdíjszerű rendszeres pénzellátás és árvaellátás esetén a havi igazolószelvény vagy bankszámlakivonat, és a nyugdíj-törzsszámot és a nyugdíjas nevét tartalmazó nyugdíjösszesítő,
* a családi pótlék és gyermektartásdíj esetén az utolsó havi postai feladóvevény vagy bankszámlakivonat. (A házasság felbontását, gyermekelhelyezést, illetve a gyermektartásdíjat a megállapító bírósági végzéssel vagy a tartásdíj megállapítása, végrehajtása iránti eljárás megindításáról kiállított irattal kell igazolni. Amennyiben a gyermekelhelyezésről és a tartásdíj összegéről a szülők egyezséget kötöttek, úgy a szülői felügyelet gyakorlásáról a Gyámhivatal által felvett jegyzőkönyv, továbbá a tartásdíjra vonatkozó összegről a kérelmező nyilatkozata is elfogadható.
* állam által megelőlegezett gyermektartásdíj esetén a gyámhivatal határozata,
* az ösztöndíj és egyéb juttatások esetén az oktatási intézmény által kiállított igazolás,
* nem havi rendszerességgel szerzett jövedelem esetén a kérelem benyújtásának hónapját közvetlenül megelőző tizenkét hónap alatt szerzett egyhavi átlagáról szóló nyilatkozat,
* amennyiben a kérelmező, közeli hozzátartozója vagy a háztartásában életvitelszerűen vele együtt lakó más személy rendszeres jövedelemmel nem rendelkezik, a Munkaügyi Kirendeltség igazolása arról, hogy regisztrált álláskereső és ellátásban nem részesül,
* az egyéb jövedelmek esetén a kérelmező büntetőjogi felelőssége mellett tett nyilatkozata.
* 16. életévét betöltött személy esetén amennyiben nappali oktatási intézmény tanulója vagy hallgatója az oktatási intézmény igazolását.