
KÉRELEM
TELEPÜLÉSI TÁMOGATÁS

**18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozó ápolását gondozását végző
személy részére**

KÉRJÜK, SZÍVESKEDJEN NYOMTATOTT BETŰKKEL KITÖLTENI!

Az ápolást végző személyre vonatkozó adatok

Személyes adatok

Kérelmező neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, idő (év, hó, nap):

Lakóhelye:

Bejelentés dátuma:

Tartózkodási helye:

Bejelentés dátuma:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Állampolgársága:

Az ápolat személlyel való rokoni kapcsolata:

Telefonszám:

Fizetési számlaszám (akkor kell megadni, ha a folyósítást bankszámlaszámra kéri):
.....

A számlát vezető pénzintézet neve:

Jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok

Kijelentem, hogy keresőtevékenységet:

- nem folytatok,
- napi 4 órában folytatok,
- otthonomban folytatok;
- nappali tagozaton tanulói, hallgatói jogviszonyban nem állok;
- munkaviszonyom 2 hónapnál nem régebbi megszűnéséről az igazolást csatolom

Rendszeres pénzellátásban

- részesülök és annak havi összege:
- nem részesülök;

Az ápolási tevékenységet:

- A lakóhelyemen/tartózkodási helyemen,
- az ápolat személy lakóhelyén/tartózkodási helyén végzem
(a megfelelő aláhúzendó);
- életvitelszerűen a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen élek
(a megfelelő rész aláhúzendó).

Kérjük, jelölje, ha az ápolat személy:

- Közoktatási intézmény tanulója,
- Nappali szociális intézményi ellátásban részesül,
- Felsőoktatási intézmény hallgatója.

Az ápolat személyre vonatkozó adatok

Személyes adatok

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, idő (év, hó, nap):

Lakóhelye:

Bejelentés dátuma:

Tartózkodási helye:

Bejelentés dátuma:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Ha az ápolat személy cselekvőképtelen vagy cselekvőképességében teljesen korlátozott, a

törvényes képviselő neve:

A törvényes képviselő lakcíme:

Nyilatkozat

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.

Kelt:

.....
az ápolást végző személy aláírása

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

Kérelemhez minden esetben csatolni kell a házi orvos által kitöltött igazolást!

IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY

az ápolási díj megállapításához/kötelező felülvizsgálatához

(Az ápolat személy háziorvosa tölti ki.)

I. Igazolom, hogy

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Súlyosan fogyatékos

súlyos fogyatékoságának jellege: látássérült hallássérült értelmi sérült

mozgássérült,

vagy

Tartósan beteg

Fenti igazolást nevezett részére a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal vagy a rehabilitációs szakigazgatási szerv számú szakhatósági állásfoglalása vagy szakvéleménye, vagy a megyei gyermek szakfőorvos számú igazolása, vagy fekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézmény szakrendelő intézet szakorvosa által kiadott keltű 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:

.....
háziorvos aláírása
munkahelyének címe

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 az ápolási díjra 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) hallásvesztése 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.

Igazolás az ápolási díj megállapításához

Igazolom, hogy (név)

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

„A” közoktatási intézmény tanulója,

„B” óvodai nevelésben részesül,

„C” nappali szociális intézményi ellátásban részesül,

„D” felsőoktatási intézmény hallgatója.

Az intézmény megnevezése:

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

megaladja nem haladja meg.

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

megaladja nem haladja meg.

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

szükségessé teszi nem teszi szükségessé.

Dátum:

P. H.

.....
intézményvezető