

## Kiskunmajsa Város Önkormányzata

6120 Kiskunmajsa, Fő u. 82.

Tel.: 77/481-144

### A Hivatal tölti ki!

Érkezett:.....Átvettem:.....

## **KÉRELEM**

### **Települési ápolási támogatás megállapítására**

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

##### *Személyes adatok*

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

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

Lakóhelye: .....

Tartózkodási helye: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

Állampolgársága: .....

Az ápolat személlyel való rokoni kapcsolata: .....

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

Fizetési számlaszám (akkor kell megadni, ha a folyósítást fizetési számlaszámra kéri):

.....

A fizetési számlát vezető pénzintézet neve: .....

A kérelmező idegenrendészeti státusza (nem magyar állampolgárság esetén):

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

#### **2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok**

**A települési ápolási támogatást megállapítását arra való tekintettel kérem, hogy az ápolat személy:**

- 18. életévét betöltött tartósan beteg.

#### **Kijelentem, hogy**

- keresőtevékenységet:

- nem folytatok,
- napi 4 órában folytatok,
- otthonomban 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 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.

### **3. Az ápolat személyre vonatkozó adatok**

*Személyes adatok*

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

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

Lakóhelye: .....

Tartózkodási helye: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

Ha az ápolat személy nem cselekvőképés, a törvényes képviselő neve:

.....

A törvényes képviselő lakcíme: .....

*Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat*

- Egyetértek azzal, hogy az otthoni ápolásomat, gondozásomat a települési ápolási támogatást kérelmező hozzátartozóm végezze.
- Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához.
- Kijelentem, hogy a települési ápolási támogatás megállapítása iránti kérelemnek teljes egészében helyt adó döntés elleni fellebbezési jogomról lemondok.

Kiskunmajsa, .....év.....hó.....nap.

.....

az ápolást végző személy aláírása

.....

az ápolat személy vagy törvényes képviselőjének aláírása

## Jövedelemnyilatkozat

### 1. A kérelmező személyes adatai

Neve:.....  
Születési neve:.....  
Születési hely, idő:.....  
Anyja neve:.....  
Családi állapota:.....  
Lakóhely:.....  
Tartózkodási hely:.....

### 2. Kérelmező családjában élők személyi adatai:

	A	B	C	D
	Név (születési név)	Születési helye, ideje (év, hó, nap)	Anyja neve	Társadalombiztosítási Azonosító Jele
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

### 3. A kérelmező, valamint a családjában élő személyeknek a havi jövedelme forintban:

(A táblázat C oszlopában az 1.4 pontban megnevezett személyek sorszámát kérem feltüntetni)

	A	B	C	D
	A jövedelem típusa	Kérelmező		A kérelmező családjában élő további személyek
1.	Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó ebből: közfoglalkoztatásból származó			
2.	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó			
3.	Táppénz, gyermekgondozási támogatások			
4.	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások			
5.	Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások			
6.	Egyéb jövedelem			
7.	Összes jövedelem			

Kiskunmajsa, .....év.....hó.....nap.

.....  
kérelmező aláírása

*Család: egy lakásban, vagy személyes gondoskodást nyújtó bentlakásos szociális, gyermekvédelmi intézményben együtt lakó, ott bejelentett lakóhellyel vagy tartózkodási hellyel rendelkező közeli hozzátartozók közössége*

## IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY

Települési ápolási támogatás megállapításához/kötelező felülvizsgálatához

(Az ápoló személy háziorvosa tölti ki.)

I. Igazolom, hogy

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, év, hó, nap: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

Tartósan beteg

Tartósan nem beteg

Fenti igazolást nevezett részére a rehabilitációs hatóságként eljáró .....  
.....(szerv megnevezése) .....számú  
határozata, szakhatósági állásfoglalása vagy szakvéleménye, vagy a  
..... fekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézmény  
..... szakrendelő intézet szakorvosa által kiadott .....  
keltű igazolás/zárójelentés szakvéleménye alapján állítottam ki.

II. Szakvéleményem szerint a fent nevezett személy betegsége miatt állandó és tartós gondozásra szorul,

- a gondozás várható időtartama: **3 hónapnál hosszabb / 3 hónapnál rövidebb**

- önellátásra: képes / nem képes  etetni kell

mosdatni kell

állapota miatt felügyelet nélkül nem hagyható, önálló életvitelre képtelen

Dátum: .....

.....  
háziorvos aláírása  
munkahelyének címe

P. H.

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