

Óbánya Község Önkormányzata
7695 Óbánya, Fő u. 71.

KÉRELEM
ápoláshoz nyújtott települési támogatás megállapítására

Az ápolást végző személyi adatai

Neve:
Születési neve:
Anyja neve:
Születési hely, idő (év, hó, nap):
Lakóhelye:
Tartózkodási helye:
Társadalombiztosítási Azonosító Jele:
Adóazonosító jele:
Állampolgársága:
Az ápolat személlyel való rokoni kapcsolata:
Telefonszám (nem kötelező megadni):
Fizetési számlaszám (akkor kell megadni, ha a folyósítást fizetési számlaszámra kéri):

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.

Jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok

Az ápolási díj megállapítását arra való tekintettel kérem, hogy az ápolat személy:

- ☐ súlyosan fogyatékos,
- ☐ fokozott ápolást igénylő súlyosan fogyatékos,
- ☐ 18 éven aluli tartósan beteg,
- ☐ 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).

Az ápolat személyi adatai

Neve:
Születési neve:
Anyja neve:
Születési hely, idő (év, hó, nap):

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Ha az ápolat személy cselekvőképtelen vagy cselekvőképességében teljesen korlátozott, a törvényes képviselő

neve:

.....

A törvényes képviselő

lakcíme:

Jövedelemnyilatkozat

A jövedelem típusai	Kérelmező jövedelme	Közei hozzátartozók jövedelme		Összesen
Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó ebből: közfoglalkoztatásból származó				
Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó				
Táppénz, gyermekgondozási támogatások				
Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások				
Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások				
Egyéb jövedelem				
Összes jövedelem				

A kérelemhez csatolom a magam és a velem közös háztartásban lakók jövedelemigazolását.

A kérelemhez minden esetben mellékelni kell a háziorvos igazolását, valamint a járási hivatalhoz benyújtott ápolási díj iránti kérelem elutasító határozatát.

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

Megállapítása esetére fellebbezési jogomról lemondok.

Óbánya,

.....
az ápolást végző személy aláírása

A kérelem benyújtásával egyidejűleg személyi irataimat (személyi igazolvány, lakcímkártya, TAJ kártya) bemutatam és hozzájárulok személyes adataim szociális és iratkezelési rendszerbe történő felhasználásához.

SZAKVÉLEMÉNY

Ápoláshoz nyújtott települési támogatás megállapításához

(Az ápoló személy háziorvosa tölti ki.)

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.232

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.

Ápolást indokló diagnózis

(magyarul):
.....
.....
.....

Dátum:

P. H.

.....
házi orvos aláírása
munkahelyének címe

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 aliglátóként 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.