3. melléklet a 17/2025. (X. 3.) önkormányzati rendelethez

Szekszárd Megyei Jogú Város
Polgármesteri Hivatala
Önkormányzati és Szervezési
Igazgatóság
Szociális Osztály
7100 Szekszárd, Bezerédj u. 2.
Tel: 74/999-310

Ügyfélfogadási idő: **Hétfő: 8,00 – 16,30 óráig** **Szerda: 8,00 – 16,30 óráig**

KÉRELEM
Települési ápolási támogatás megállapítására

I. Az ápolást végző személyre vonatkozó adatok

1. Személyes adatok

Neve: ……..
Születési neve: .....
Anyja neve: .....
Születés helye, ideje: .....
Lakóhely: .....
Tartózkodási hely: …….

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: |__||__||__||__||__||__||__||__||__|
Adóazonosító jele: |__||__||__||__||__||__||__||__||__||__|
Állampolgársága: …….
Az ápolt személlyel való rokoni kapcsolat: ……
Telefonszám (nem kötelező megadni): .....
Fizetési számlaszám (akkor kell megadni, ha a folyósítást fizetési számlaszámra kéri):
……..
A fizetési számlát vezető pénzintézet neve: ……

Kérelmező idegenrendészeti státusza (nem magyar állampolgárság esetén):
a) szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, vagy
b) EU kék kártyával rendelkező vagy
c) huzamos tartózkodási jogosultsággal rendelkező, vagy
d) menekült/oltalmazott/hontalan.

2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok:

a) A települési ápolási támogatás megállapítását arra való tekintettel kérem, hogy az ápolt személy:

|__| 18. életévét betöltött tartósan beteg

b) Kijelentem, hogy

ba) keresőtevékenységet:

|__| nem folytatok

|__| napi 4 órában folytatok

|__| otthonomban folytatok

bb) nappali tagozaton tanulói, hallgatói jogviszonyban nem állok

bc) rendszeres pénzellátásban

|__| részesülök és annak havi összege: .....

|__| nem részesülök

bd) az ápolási tevékenységet:

|__| a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen

|__| az ápolt személy lakóhelyén/tartózkodási helyén

végzem.

be) 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.

d) A települési ápolási támogatást igénylő hozzátartozón kívül az ápolt családjában folyamatosan otthon tartózkodó, rendszeres pénzellátással rendelkező személy:

da) van: .....

db) nincs.

II. Az ápolt személyre vonatkozó adatok

1. Személyes adatok

Neve: ……..
Születési neve: .....
Anyja neve: .....
Születés helye, ideje: .....
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.

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

Kelt: .....

.....	.....
az ápolást végző személy aláírása	az ápolt személy vagy törvényes képviselője aláírása

Tájékoztató a kérelem kitöltéséhez

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

Nem jogosult települési ápolási támogatásra a hozzátartozó ha:

a) keresőtevékenységet folytat és munkaideje – az otthon történő munkavégzés kivételével – a napi 4 órát meghaladja,

b) szakiskola, középiskola rendszerű képzésnek tanulója, illetve felsőoktatási intézmény nappali képzésben részt vevő hallgatója,

c) rendszeres pénzellátásban részesül és annak összege meghaladja a települési ápolási támogatás összegét, ide nem értve azt a táppénzt, amelyet a települési ápolási támogatás folyósításának időtartama alatt végzett keresőtevékenységből adódó biztosítási jogviszony alapján – keresőképtelenné válás esetén – folyósítanak,

d) családjában az egy főre jutó havi jövedelem meghaladja a szociális vetítési alap 200%-át,

e) az ápolt családjában más, folyamatosan otthon tartózkodó, rendszeres pénzellátással rendelkező személy van, aki az ápolási, gondozási feladatokat el tudná végezni,

f) az ápolt személy két hónapot meghaladó fekvőbeteg-gyógyintézeti, valamint nappali ellátást nyújtó vagy bentlakásos szociális intézményi ellátásban részesül, illetve köznevelési intézmény tanulója vagy felsőoktatási intézmény nappali képzésben részt vevő hallgatója, kivéve, ha

fa) a köznevelési intézményben eltöltött idő a nemzeti köznevelésről szóló törvényben a köznevelési intézményben való kötelező tartózkodásra meghatározott időtartamot nem haladja meg,

fb) a nappali ellátást nyújtó szociális intézmény igénybevételének, illetve a felsőoktatási intézmény látogatási kötelezettségének időtartama átlagosan a napi 5 órát nem haladja meg,

fc) a köznevelési, illetve a felsőoktatási intézmény látogatása, vagy a nappali ellátást nyújtó szociális intézmény igénybevétele csak az ápolást végző személy rendszeres közreműködésével valósítható meg,

g) az ápolt személy nem Szekszárd Megyei Jogú Város közigazgatási területén rendelkezik lakóhellyel, tartózkodási hellyel, illetve életvitelszerűen nem ott lakik.

Rendszeres pénzellátásnak minősül: a táppénz, a csecsemőgondozási díj, az örökbefogadói díj, a gyermekgondozási díj, az öregségi nyugdíj, a korhatár előtti ellátás, a szolgálati járandóság, a táncművészeti életjáradék, az átmeneti bányászjáradék, a megváltozott munkaképességű személyek ellátásai, az öregségi járadék, a munkaképtelenségi járadék, az özvegyi járadék, a növelt összegű öregségi, munkaképtelenségi és özvegyi járadék, az özvegyi nyugdíj – kivéve az ideiglenes özvegyi nyugdíjat, továbbá a házastársa jogán árvaellátásra jogosult fogyatékossággal élő, illetve tartósan beteg vagy legalább két árvaellátásra jogosult gyermek eltartásáról gondoskodó személy özvegyi nyugdíját –, a baleseti táppénz, a hozzátartozói baleseti nyugellátás, az Flt. alapján folyósított pénzbeli ellátás, a bányászok egészségkárosodási járadéka, a rokkantsági járadék, a hadigondozottak és nemzeti gondozottak pénzbeli ellátásai, a gyermekgondozást segítő ellátás, a gyermekgondozási segély, a gyermeknevelési támogatás, az időskorúak járadéka, a foglalkoztatást helyettesítő támogatás, az egészségkárosodási és gyermekfelügyeleti támogatás, a gyermekek otthongondozási díja, az ápolási díj, a tartós ápolást végzők időskori támogatása, a nemzeti helytállásért elnevezésű pótlék, a közszolgálati járadék, valamint az uniós rendeletek alapján külföldi szerv által folyósított egyéb azonos típusú ellátás;

kérelem 2. c) pontját abban az esetben kell kitölteni, ha az ápolt személy köznevelési intézmény

tanulója, nappali ellátást nyújtó vagy bentlakásos szociális intézményi ellátásban részesül vagy felsőoktatási intézmény nappali képzésben részt vevő hallgatója. Az erről szóló igazolást a kérelemhez csatolni kell.

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: .....
Születés helye, ideje: .....
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.

Igazolás a települési ápolási támogatás megállapításához

Igazolom, hogy

Neve: ……..
Születési neve: .....
Anyja neve: .....
Születés helye, ideje: .....
Lakóhely: .....
Tartózkodási hely: …….

„A” köznevelési intézmény tanulója,
„B” nappali ellátást nyújtó vagy bentlakásos szociális intézményi ellátásban részesül,
„C” felsőoktatási intézmény nappali képzésében részt vevő hallgatója.

Az intézmény megnevezése:

Az „A” pontban foglalt esetben az intézményben eltöltött idő a nemzeti köznevelésről szóló törvényben a köznevelési intézményben való kötelező tartózkodásra meghatározott időtartamot:

meghaladja nem haladja meg.

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

meghaladja nem haladja meg.

Az „A”–„C” pontban foglalt intézmény igénybevétele, illetve az intézmény látogatása az ápolást végző személy rendszeres közreműködését:

szükségessé teszi nem teszi szükségessé.

Dátum: .....

P. H.

.....
intézményvezető