

KÉRELEM

a 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozó ápolásának megállapítása iránt

1. Az ápolást végző személyre vonatkozó adatok

1.1. Személyes adatok

- 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 fizetési számlát vezető pénzüintézet 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.

1.2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok

Az ápolási díj 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 aláhúzendő);

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

2. Az ápolat személyre vonatkozó adatok

2.1. Személyes adatok

- 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:

2.2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó 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

IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY

a 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozó ápolásának megállapításához/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:

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.

Hárskút Község Önkormányzatának a szociális ellátásokról szóló rendelete szerint a 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozó ápolásának megállapítása szempontjából **tartósan beteg** az a személy, aki előreláthatólag három hónapnál hosszabb időtartamban állandó ápolást, gondozást igényel.