**ápolási települési támogatás**

**megállapítása iránti Kérelem**

*1. Az ápolást végző személyre (kérelmező) vonatkozó adatok*

*1.1. Személyes adatok*

Neve: .........................................................................................................................................

Születési neve: ...........................................................................................................................

Anyja neve: ...............................................................................................................................

Születés helye, ideje (év, hó, nap): ............................................................................................

Lakóhelye: \_ \_ \_ \_ irányítószám ................................................................................. település

.....................................utca/út/tér .............. házszám ............ épület/lépcsőház ............... emelet, ajtó

Tartózkodási helye: \_ \_ \_ \_ irányítószám ................................................................... település

.................................... utca/út/tér .............. házszám ............ épület/lépcsőház ..... .......... emelet, ajtó

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: \_ \_ \_ - \_ \_ \_ - \_ \_ \_

Adóazonosító jele: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Állampolgársága: ........................................................................................................................

Az ápolt személlyel való rokoni kapcsolata: ...............................................................................

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

………………………………………………………………………………………………………

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

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

E-mail cím (nem kötelező megadni): ..........................................................................................

*1.2. 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.

1.3. Kérelmező háztartásában élők személyi adatai:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Név (születési név) | Születési helye, ideje (év, hó, nap) | Anyja neve | Társadalombiztosítási Azonosító Jele |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |

*2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozatok (ápolást végző személy)*

2.1. Az ápolási települési támogatás megállapítását arra való tekintettel kérem, hogy az ápolt személy:

□ 18. életévét betöltött tartósan beteg.

2.2.Nyilatkozom, hogy ápolási díjban:

□ részesülök □ nem részesülök. *(a megfelelő rész aláhúzandó)*

2.3. Kijelentem, hogy

a) keresőtevékenységet:

□ nem folytatok □ napi 4 órában folytatok □ otthonomban folytatok

*(a megfelelő rész aláhúzandó)*

b) nappali tagozaton tanulói, hallgatói jogviszonyban:

□ állok □ nem állok *(a megfelelő rész aláhúzandó);*

c) rendszeres pénzellátásban

□ részesülök és annak havi összege: ..........................., □ nem részesülök;

d) az ápolási tevékenységet:

□ a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen,

□ az ápolt személy lakóhelyén/tartózkodási helyén

végzem *(a megfelelő rész aláhúzandó)*;

e) életvitelszerűen:

□ lakóhelyemen □ tartózkodási helyemen élek *(a megfelelő rész aláhúzandó)*.

*3. Jövedelmi adatok*

A kérelmező (ápolást végző személy), valamint a vele közös háztartásban élő személyeknek a havi jövedelme forintban:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | A | B | C | | | | |
|  | A jövedelem típusa | Kérelmező | A kérelmezővel közös háztartásban 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 |  |  |  |  |  |  |

*4. Az ápolt személyre vonatkozó adatok*

*4.1. Személyes adatok*

Neve: .........................................................................................................................................

Születési neve: ...........................................................................................................................

Anyja neve: ...............................................................................................................................

Születés helye, ideje (év, hó, nap): ............................................................................................

Lakóhelye: \_ \_ \_ \_ irányítószám ................................................................................. település

.....................................utca/út/tér .............. házszám ............ épület/lépcsőház ............... emelet, ajtó

Tartózkodási helye: \_ \_ \_ \_ irányítószám ................................................................... település

.................................... utca/út/tér .............. házszám ............ épület/lépcsőház ..... .......... emelet, ajtó

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: \_ \_ \_ - \_ \_ \_ - \_ \_ \_

Ha az ápolt személy nem cselekvőképes, a törvényes képviselő neve: .......................................................

A törvényes képviselő lakcíme: ..................................................................................................................

*4.2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozatok (ápolt személy)*

Kijelentem, hogy

a) tartási, életjáradéki szerződést:

□ kötöttem □ nem kötöttem *(a megfelelő rész aláhúzandó)*

b) két hónapot meghaladóan fekvőbeteg-gyógyintézeti, valamint nappali ellátást nyújtó vagy bentlakásos szociális intézményi ellátásban:

□ részesülök □ nem részesülök *(a megfelelő rész aláhúzandó)*

c) életvitelszerűen:

□ lakóhelyemen □ tartózkodási helyemen élek *(a megfelelő rész aláhúzandó)*.

Egyetértek azzal, hogy az otthoni ápolásomat, gondozásomat az ápolási települési támogatást kérelmező hozzátartozóm végezze:

□ igen □ nem *(a megfelelő rész aláhúzandó)*

Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt jövedelmi adatok valódiságát a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 10. § (7) bekezdése alapján a szociális hatáskört gyakorló szerv - a Nemzeti Adó- és Vámhivatal hatáskörrel és illetékességgel rendelkező adóigazgatósága útján - ellenőrizheti.

Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához. Kijelentem, hogy az ellátásra való jogosultság feltételeit érintő lényeges tények, körülmények megváltozásáról 15 napon belül értesítem az ellátást megállapító szervet.

Dunabogdány, .........................................

|  |  |
| --- | --- |
| ................................................................... | .................................................................. |
| az ápolást végző személy aláírása | az ápolt személy aláírása |