7. melléklet a 18/2021. (IX. 7.) önkormányzati rendelethez

**KÉRELEM**

**Gondozási támogatás megállapításához**

**I. AZ ÁPOLÁST VÉGZŐ SZEMÉLYRE VONATKOZÓ ADATOK**

**1. Személyes adatok**

Neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Születési neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anyja neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Születési hely, év, hó, nap: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lakóhely: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tartózkodási hely: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Az ápolt személlyel való rokoni kapcsolat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonszám (nem kötelező megadni): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Családi állapota: …………………….. c egyedül élő; c nem egyedül élő**

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A fizetési számlát vezető pénzintézet neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok**

**2.1. Az ápolási díj megállapítását arra való tekintettel kérem, hogy az ápolt személy:**

1. súlyosan fogyatékos
2. fokozott ápolást igénylő súlyosan fogyatékos
3. 18 éven aluli tartósan beteg
4. 18. életévét betöltött tartósan beteg

**2.2. Kijelentem, hogy:**

**- keresőtevékenységet:**

1. nem folytatok
2. napi 4 órában folytatok
3. otthonomban folytatok

**- nappali tagozaton tanulói, hallgatói jogviszonyban nem állok**

**- rendszeres pénzellátásban:**

1. részesülök és annak havi összege: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ft
2. nem részesülök

* **az ápolási tevékenységet:**

1. a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen
2. az ápolt személy lakóhelyén/tartózkodási helyén végzem
3. életvitelszerűen a lakóhelyemen vagy tartózkodási helyemen élek

*(A megfelelő rész aláhúzandó.)*

**2.3. Az ápolt személy:**

1. közoktatási intézmény tanulója
2. óvodai nevelésben részesül
3. nappali szociális intézményi ellátásban részesül
4. felsőoktatási intézmény hallgatója

*(A megfelelő rész aláhúzandó!)*

**II. AZ ÁPOLT SZEMÉLYRE VONATKOZÓ ADATOK**

**1. Személyes adatok**

Neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Születési neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anyja neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Születési hely, év, hó, nap: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lakóhely: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tartózkodási hely: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Ha az ápolt személy nem cselekvőképes:**

A törvényes képviselő neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A törvényes képviselő lakcíme: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**III. Részesül-e az ápolt személy után ápolási díjban?**

**igen nem**

**Ha igen ennek összege: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Az ezt megállapító határozat száma, kiállító hatóság megnevezése:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IV. Egyéb nyilatkozatok:**

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

**Büntetőjogi felelősségem teljes tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek**.

Ráckeresztúr, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nap

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

kérelmező aláírása házastársa (élettársa) aláírása

**IGAZOLÁS ÁPOLÁST IGÉNYLŐ TARTÓSAN BETEGRŐL**

**(***beteg szakorvosa vagy háziorvosa tölti ki)*

Igazolom, hogy

Születési neve:

Születési helye, ideje:

Taj száma:

Anyja neve:

Lakcíme**:**

Az ápolást igénylő:

* tartós beteg
* 3 hónapnál hosszabb ideig igényel ápolást

Szakvéleményemet a rehabilitációs hatóság, rehabilitációs szakértői szerv vagy orvosszakértői szerv ………………................................……… számú szakhatósági állásfoglalása vagy a ………………………………………….. fekvőbeteg szakellátást nyújtó intézmény ……………………….......……..…………… vagy a szakrendelő intézet szakorvosa által kiadott …………………........................................……. (keltű) igazolás/zárójelentés alapján állítottam ki.

A beteg egészségügyi állapota a napi 4 órás ápolási szükségletet eléri: c igen c nem

*(A megfelelőt kérjük bejelölni)*

Dátum: ……………………………….

*orvos aláírása PH*

**Az ápolást igénylő tartósan beteg személy mások segítsége nélkül önállóan nem képes:**

**a) étkezni, vagy**

**b) tisztálkodni, vagy**

**c) öltözködni, vagy**

**d) illemhelyet használni, vagy**

**e) lakáson belül – segédeszköz igénybevételével sem – közlekedni,**

**feltéve, hogy esetében az a)–e) pontokban foglaltak közül legalább három egyidejűleg fennáll, vagy**

**f) aki esetében a demencia olyan mértékű, hogy állandó felügyelet nélkül önmagára vagy környezetére nézve veszélyt jelenthet.**