

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 ápolat személlyel való rokoni kapcsolat: _____

Telefonszám (nem kötelező megadni): _____

Családi állapota: ☐ egyedül élő; ☐ 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 ápolat személy:

- a) súlyosan fogyatékos
- b) fokozott ápolást igénylő súlyosan fogyatékos
- c) 18 éven aluli tartósan beteg
- d) 18. életévét betöltött tartósan beteg

2.2. Kijelentem, hogy:

- keresőtevékenységet:

- a) nem folytatok
- b) napi 4 órában folytatok
- c) otthonomban folytatok

- nappali tagozaton tanulói, hallgatói jogviszonyban nem állok

- rendszeres pénzellátásban:

- a) részesülök és annak havi összege: _____ Ft
- b) nem részesülök

- az ápolási tevékenységet: *(A megfelelő rész aláhúzandó.)*

- a) a lakóhelyemen / tartózkodási helyemen végzem
- b) az ápolat személy lakóhelyén / tartózkodási helyén végzem
- c) életvitelszerűen a lakóhelyemen vagy tartózkodási helyemen élek

2.3. Az ápolat személy: *(A megfelelő rész aláhúzandó!)*

- a) közoktatási intézmény tanulója
- b) óvodai nevelésben részesül
- c) nappali szociális intézményi ellátásban részesül
- d) felsőoktatási intézmény hallgatója

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 ápolat személy nem cselekvőképés:

A törvényes képviselő neve: _____

A törvényes képviselő lakcíme: _____

III. Részesül-e az ápolat 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: ☐ igen ☐ nem

(A megfelelőt kérjük bejelölni)

Dátum:

.....
orvos aláírása PH

Az ápolást igénylő tartósan beteg személy mások segítségével 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.