

KÉRELEM

az ápolási díj megállapítására

I. Az ápolást végző személyre vonatkozó adatok

1. Személyi 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):

Bankszámlaszám (akkor kell megadni, ha a folyósítást bankszámlára kéri):

A folyószámlát vezető pénzintézet neve:

2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok

a) Az ápolási díj megállapítását arra való tekintettel kérem, hogy az ápolat személy:

- súlyosan fogyatékos
- fokozott ápolást igénylő súlyosan fogyatékos
- 18 éven aluli tartósan beteg
- 18. életévét betöltött tartósan beteg

Ha a fokozott ápolást igénylő súlyosan fogyatékos személyre való tekintettel kérem a magasabb összegű ápolási díj megállapítását, egyben tudomásul veszem az ezzel kapcsolatos vizsgálat elvégzésének szükségességét.

b) 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.

- életvitelszerűen a lakóhelyemen vagy tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzendó)

- c) Az ápolat személy:
- közoktatási intézmény tanulója,
 - óvodai nevelésben részesül,
 - nappali szociális intézményi ellátásban részesül,
 - felsőoktatási intézmény hallgatója.

II. Az ápolat személyre vonatkozó adatok

1. Személyi adatok

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

Ha az ápolat személy nem cselekvőképes, a törvényes képviselő neve:

A törvényes képviselő lakcíme:

2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat

- Egyetértek azzal, hogy az otthoni ápolásomat, gondozásomat az ápolási díjat kérelmező hozzátartozóm végezze.
- Hozzájárulok ahhoz, hogy az önkiszolgáló képességem megítéléséhez, ezzel összefüggésben a fokozott ápolási igény megállapításához szükséges vizsgálatokat elvégezzék. (Ezt csak akkor kell jelezni, ha az ápolat személy súlyosan fogyatékos és fokozott ápolást igényel.)

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

Dátum:

.....

az ápolást végző személy aláírása

.....

az ápolat személy vagy törvényes képviselője aláírása