

**K é r e l e m**  
**Települési támogatás megállapítására**  
**(Beteggondozási támogatás)**

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 pénzintézet 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;

- Rendszeres pénzellátásban

- részeseülök és annak havi összege: .....,
- nem részeseülök;

- az ápolási tevékenységet:

- a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen,
- az ápolat személy lakóhelyén/tartózkodási helyén

végzem (a megfelelő aláhúzendó);

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

*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 nem cselekvőképes, 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. A közeli hozzátartozókra és jövedelmükre vonatkozó adatok

- a) A kérelmező családi körülménye:  
 egyedülélő  
 nem egyedül élő
- b) A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók adatai

A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók száma: ..... fő.

Közeli hozzátartozó neve (születési neve)	Családi kapcsolat megnevezése	Születési helye, év, hónap, nap	Megjegyzés*

\* Ebben az oszlopban kell feltüntetni, ha

- a 16-20 év közötti gyermek nem jár oktatási intézménybe, de önálló keresettel még nem rendelkezik,
- életkortól függetlenül a gyermek tartós betegségének vagy fogyatékoságának fennállását.

**A kérelemhez mellékelni kell a jövedelemnyilatkozat 1-7. pontjaiban feltüntetett jövedelmek valóságának igazolására szolgáló iratokat.**

c) Jövedelmi adatok

A jövedelem típusa	Kérelmező	A családban élő közeli hozzátartozók				
1. Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó						
2. Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó						
3. Alkalmi munkavégzésből származó						
4. Táppénz, gyermekgondozási támogatások						
5. Nyugellátás és egyéb						

nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások						
6. Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások						
7. Egyéb jövedelem						
8. Összes jövedelem						

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

Kelt: .....

.....  
*kérelmező aláírása*

.....  
*ápoló személy aláírása*

## **KITÖLTÉSI UTASÍTÁS**

1. Bejelentett lakóhely címeként a személyi igazolványban szereplő lakóhely, illetve több lakóhely esetén az állandó lakóhely címét kell feltüntetni.

### **2. Közeli hozzátartozók:**

a) a házastárs, az élettárs,

b) a húszévesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező; a huszonhárom évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, nappali oktatás munkarendje szerint tanulmányokat folytató; a huszonöt évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, nappali tagozaton egyetemi, főiskolai tanulmányokat folytató; valamint korhatárra való tekintet nélkül a tartósan beteg, illetve a testi, érzékszervi, értelmi, beszéd- vagy más fogyatékos vér szerinti, örökbe fogadott, illetve nevelt gyermek,

c) a 18. életévet be nem töltött gyermek vonatkozásában a vér szerinti és az örökbe fogadó szülő, illetve a szülő házastársa vagy élettársa.

3. Az egy háztartásban élő közeli hozzátartozók jövedelmét hozzátartozók szerint kell feltüntetni.

4. **A 2. és 3. jövedelemtípusba tartozó jövedelmek kivételével a kérelem benyújtását megelőző hónap jövedelmét kell szerepeltetni.**

5. **A 2. és 3. jövedelemtípusba tartozó jövedelmek esetén a kérelem benyújtását megelőző évre vonatkozó személyi jövedelemadó bevallás azonos megnevezésű rovatában szereplő összeg 12-vel osztott részét kell beírni.**

6. A jövedelemnyilatkozatban **feltüntetett jövedelmekről** a típusának megfelelő **igazolást** vagy annak fénymásolatát (nyugdíjszelvény, munkáltatói igazolás, szerződés stb.) a jövedelemnyilatkozathoz **csatolni kell.**

7. Az egy főre jutó havi nettó családi jövedelem a havi családi összjövedelem osztva a közeli hozzátartozók számával.

8. A jövedelemnyilatkozatot a kérelmező mellett az érintett közeli hozzátartozóknak is alá kell írniuk. Ha az ellátást igénylő vagy annak közeli hozzátartozója nem cselekvőképese, helyette a törvényes képviselője jogosult az aláírásra.

## IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY az ápolási díj megállapításához/kötelező 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: .....

- Súlyosan fogyatékos  
súlyos fogyatékoságának jellege:  látássérült  hallássérült  értelmi sérült  mozgássérült, vagy
- Tartósan beteg

Fenti igazolást nevezett részére  
az Országos Orvosszakértői Intézet ..... fokú Orvosi Bizottságának ..... számú 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.

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 41. § (3) bekezdése szerint az ápolási díjra való jogosultság szempontjából:

*1. Súlyosan fogyatékos személy az, akinek*

*a) segédeszközzel vagy műtéti úton nem korrigálható módon látóképessége teljesen hiányzik, vagy aliglátóként minimális látásmaradvánnyal rendelkezik, és ezért kizárólag tapintó-halló életmód folytatására képes,*

*b) hallásvesztesége olyan mértékű, hogy a beszédnek hallás útján történő megértésére és spontán elsajátítására segédeszközzel sem képes, és halláskárosodás miatt a hangzó beszéd érthető ejtése elmarad,*

*c) értelmi akadályozottsága genetikai, illetőleg magzati károsodás vagy szülési trauma következtében, továbbá tizennegyedik életévét megelőzően bekövetkező súlyos betegség miatt középsúlyos vagy annál nagyobb mértékű, továbbá aki IQ értékétől függetlenül a személyiség egészét érintő (pervazív) fejlődési zavarban szenved, és az autonómiai tesztek alapján állapota súlyosnak vagy középsúlyosnak minősíthető (BNO szerinti besorolása: F84.0-F84.9),*

*d) mozgásszervi károsodása, illetőleg funkciózavara olyan mértékű, hogy helyváltoztatása a külön jogszabályban meghatározott segédeszköz állandó és szükségszerű használatát igényli, vagy állapota miatt helyváltoztatásra még segédeszközzel sem képes, vagy végtaghiánya miatt önmaga ellátására nem képes és állandó ápolásra, gondozásra szorul.*

*2. Tartósan beteg az a személy, aki előreláthatólag három hónapnál hosszabb időtartamban állandó ápolást, gondozást igényel.*