



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 (ha a folyósítást bankszámlára kéri):

A folyószámlát vezető pénzintézet neve:

Magánnyugdíjpénztár neve, száma:

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 aláhúzandó)

c) Az ápolat személy:

- közoktatási intézmény tanulója,
- óvodai nevelésben részesül,
- nappali szociális intézményi ellátásban részesül,
- felsőoktatási intézmény hallgatója.



II. Az ápolt személyre vonatkozó adatok

1. Személyi adatok

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

Ha az ápolt személy nem cselekvőképessé, a törvényes képviselő neve:

.....

A törvényes képviselő lakcíme:

2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat:

- q Egyetértek azzal, hogy az otthoni ápolásomat, gondozásomat az ápolási díjat kérelmező hozzátartozóm végezze.
- q 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.

Pustaszabolcs, 200.....

.....
az ápolást végző személy aláírása

.....
az ápolat személy vagy törvényes képviselőjének
aláírása