

**KÉRELEM**  
**települési ápolási támogatás**

*1. Az ápolást végző személyre vonatkozó adatok*

*1.1. Személyes adatok*

1.1.1. Neve:

.....

1.1.2. Születési neve:

.....

1.1.3. Anyja neve:

.....

1.1.4. Születési hely, idő (év, hó, nap):

.....

1.1.5. Lakóhelye:

.....

1.1.6. Tartózkodási helye:

.....

1.1.7. Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

.....

1.1.8. Adóazonosító jele:

.....

1.1.9. Állampolgársága:

.....

1.1.10. Az ápolat személlyel való rokoni kapcsolata:

.....

1.1.11. Telefonszám (nem kötelező megadni):

.....

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

.....

1.1.13. A fizetési számlát vezető pénzintézet neve:

.....

1.1.14. A kérelmező idegenrendészeti státusza (nem magyar állampolgárság esetén):

1.1.14.1.  szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, vagy

1.1.14.2.  EU kék kártyával rendelkező, vagy

1.1.14.3.  bevándorolt/letelepedett, vagy

1.1.14.4.  menekült/oltalmazott/hontalan.

2. Kijelentem, hogy keresőtevékenységet:

a) nem folytatok, ápolás időtartamára fizetés nélküli szabadságot vettem igénybe

b) tartós munkanélküli vagyok, melyet a munkaügyi központ által kiadott hatósági bizonyítvánnyal igazolok ,

- c) tartós munkanélküli, melyre tekintettel álláskeresési támogatásban, vagy aktívkorúak ellátásában részesül.
- d) nappali tagozaton tanulói, hallgatói jogviszonyban nem állok;

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

4. Kérjük, jelölje, ha az ápolat személy:

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

#### 5. Az ápolat személyre vonatkozó adatok

##### 5.1. Személyes adatok

5.1.1. Neve:

.....

5.1.2. Születési neve:

.....

5.1.3. Anyja neve:

.....

5.1.4. Születési hely, idő (év, hó, nap):

.....

5.1.5. Lakóhelye:

.....

5.1.6. Tartózkodási helye:

.....

5.1.7. Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

.....

5.1.8. Ha az ápolat személy cselekvőképtelen vagy cselekvőképességében teljesen korlátozott, a törvényes képviselő neve:

.....

5.1.9. A törvényes képviselő lakcíme:

.....

#### 6. Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat

6.1.  Egyetértek azzal, hogy az otthoni ápolásomat, gondozásomat a települési ápolási támogatást kérelmező hozzátartozóm végezze.

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

Abony, 201.....

.....  
az ápolást végző személy aláírása

.....  
az ápolat személy vagy törvényes képviselője aláírása

### ***Tájékoztató a kérelem kitöltéséhez***

A megfelelő választ X-szel kell jelölni, és a hiányzó adatokat ki kell tölteni.

4.1. A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény (a továbbiakban: Szt.) 42. § (1) bekezdése értelmében

4.1.1. *nem jogosult települési ápolási támogatásra a hozzátartozó, ha:*

4.1.1.1. keresőtevékenységet folytat

4.1.1.2. szakiskola, középiskola, illetve felsőoktatási intézmény nappali tagozatos tanulója, hallgatója,

4.1.1.3. rendszeres pénzellátásban részesül.

Nem tekintendő rendszeres pénzellátásnak az a táppénz, amelyet az ápolási díj folyósításának időtartama alatt végzett keresőtevékenységből adódó biztosítási jogviszony alapján - keresőképtelenné válás esetén - folyósítanak, továbbá az a saját jogú nyugdíj, korhatár előtti ellátás, szolgálati járandóság, balettművészeti életjáradék, átmeneti bányászjáradék, rokkantsági ellátás vagy a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól és egyéb törvények módosításáról szóló 2011. évi CXCI. törvény 33. § (1) bekezdése alapján folyósított rehabilitációs ellátás, amelyet az ápolási díjban részesülő személy az Szt. 42. § (4) bekezdése alapján kap.

4.1.2. *rendszeres pénzellátásnak minősül:* a táppénz, a terhességi-gyermekágyi segély, a csecsemőgondozási díj, a gyermekgondozási díj, az öregségi nyugdíj, a korhatár előtti ellátás, a szolgálati járandóság, a balettművészeti életjáradék, az átmeneti bányászjáradék, a rehabilitációs járadék, az öregségi járadék, a munkaképtelenségi járadék, az özvegyi járadék, a növelt összegű öregségi, munkaképtelenségi és özvegyi járadék, az özvegyi nyugdíj - kivéve az ideiglenes özvegyi nyugdíjat, továbbá a házastársa jogán árvaellátásra jogosult fogyatékkal élő, illetve tartósan beteg vagy legalább két árvaellátásra jogosult gyermek eltartásáról gondoskodó személy özvegyi nyugdíját -, a baleseti táppénz, a hozzátartozói baleseti nyugellátások, a foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról szóló törvény alapján folyósított pénzbeli ellátás, a rokkantsági ellátás, a rehabilitációs ellátás, a rokkantsági járadék, a hadigondozottak és nemzeti gondozottak pénzbeli ellátásai, a gyermekgondozási segély, a gyermeknevelési támogatás, az időskorúak járadéka, a foglalkoztatást helyettesítő támogatás, a rendszeres szociális segély, a nemzeti helytállásért elnevezésű pótlék, a közszolgálati járadék, valamint az uniós rendeletek alapján külföldi szerv által folyósított egyéb azonos típusú ellátás.

4.2. *A kérelem 4. pontját* abban az esetben kell kitölteni, ha az ápolat személy közoktatási intézmény tanulója, nappali szociális intézményi ellátásban részesül vagy felsőoktatási intézmény hallgatója. Az erről szóló igazolást a kérelemhez csatolni kell.

**IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY**  
**az települési támogatás 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: .....

**tartósan beteg.\***

II. Szakvéleményem szerint a fent nevezett személy betegsége miatt állandó és tartós gondozásra szorul. A gondozás várható időtartama:

3 hónapnál hosszabb, vagy

3 hónapnál rövidebb.

\* tartósan beteg: az a személy, aki előreláthatólag három hónapnál hosszabb időtartamban állandó ápolást, gondozást igényel.

Abony, 201.....

.....  
házi orvos aláírása  
munkahelyének címe

## ***Igazolás a települési ápolási támogatás megállapításához***

Igazolom, hogy ..... (név)

Anyja neve: .....

Születési hely, év, hó, nap: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

„A” közoktatási intézmény tanulója,

„C” nappali szociális intézményi ellátásban részesül,

„D” felsőoktatási intézmény hallgatója.

Az intézmény megnevezése: .....

Az „A” pontban foglalt esetben az intézményben eltöltött idő a kötelező tanórai foglalkozások időtartamát

meghaladja            nem haladja meg.

A „C” pontban foglalt esetben az intézmény igénybevételének, illetőleg a „D” pont szerinti esetben az intézmény látogatási kötelezettségének időtartama átlagosan a napi 5 órát

meghaladja            nem haladja meg.

Az „A”-„D” pontban foglalt intézmény igénybevétele az ápolást végző személy rendszeres közreműködését

szükségessé teszi            nem teszi szükségessé.

Dátum: .....

P. H.

.....  
intézményvezető