



**GYÖMRŐI POLGÁRMESTERI
HIVATAL**

2230 Gyömrő, Fő tér 1.
☐ 29-330-011, 29-330-012; Fax: 29-330-078
☐ pmhiv@gyomro.hu



KÉRELEM
települési ápolási támogatás megállapítására

I. Személyi adatok

1. A kérelmező személyre vonatkozó adatok:

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születés helye, ideje:

Lakóhely: irányítószám település
..... utca/út/tér házsám épület/lépcsőház
emelet, ajtó

Tart. hely: irányítószám település
..... utca/út/tér házsám épület/lépcsőház
emelet, ajtó

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Adóazonosító jele:

Telefonszám (nem kötelező megadni):

Fizetési számlaszám és a számlavezető pénzintézet neve (akkor kell megadni, ha a folyósítást fizetési számlaszámra kéri):

2. Kérelmező háztartásában élők személyi adatai:

Név, születési név	Születési hely, idő	Anyja neve	Taj-szám

3. Az ápolat személyre vonatkozó adatok:

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születés helye, ideje:

Lakóhely: irányítószám település
..... utca/út/tér házsám épület/lépcsőház
emelet, ajtó

Tart. hely: irányítószám település
..... utca/út/tér házsám épület/lépcsőház
emelet, ajtó

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Adóazonosító jele:

Telefonszám (nem kötelező megadni):
Ha az ápolat személy nem cselekvőképés, a törvényes képviselő neve:
A törvényes képviselő lakcíme, elérhetősége:
A rokoni kapcsolat jellege az ápolat és az ápoló között:

Egyetértek azzal, hogy az otthoni ápolásomat, gondozásomat az ápolási díjat kérelmező hozzátartozóm végezze.
Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához.

II. Jövedelmi adatok

A kérelmező, valamint a vele közös háztartásban élő személyeknek a havi jövedelme forintban:

	A.	B.	C.				
	A jövedelem típusa	Kérelmező	A kérelmezővel közös háztartásban élő további személyek				
1.	Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó ebből: közfoglalkoztatásból származó						
2.	Gyermekgondozási támogatások						
4.	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások						
5.	Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások						
6.	Egyéb jövedelem						
7.	Összes jövedelem						

III. Nyilatkozatok

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.

Kijelentem, hogy nappali tagozaton tanulói, hallgatói jogviszonyban

- nem állok,
- állok.

Kijelentem, hogy rendszeres pénzellátásban

- részesülök és annak havi összege:
- nem részesülök.

Kijelentem, hogy az ápolási tevékenységet:

- a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen,
- az ápolat személy lakóhelyén/tartózkodási helyén végzem (a megfelelő választ jelölni kell).

Felelősségem tudatában **kijelentem**, hogy

- életviteleszerűen a lakóhelyemen vagy a tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzendó),
- a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt jövedelmi adatok valóságát a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 10. §-ának (7) bekezdése alapján a szociális hatáskört gyakorló szerv - a NAV hatáskörrel és illetékességgel rendelkező adóigazgatósága útján - ellenőrizheti.

Kijelentem, hogy a Gyömrő Város Önkormányzat Képviselő – testületének a települési támogatásról és az egyéb szociális ellátásokról szóló 3/2015. (II.10) számú rendelet 3. § (4) bek. szerint együttműködök az önkormányzattal szociális helyzetem feltárásában.

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

Pozitív elbírálás esetén fellebbezési jogomról lemondok.

.....
aláírás

Az eljárás megindításáról értesítést kérek nem kérek.

Dátum:

.....
kérelmező aláírása

.....
az ápolat személy/törvényes képviselő aláírása

A kérelemhez mellékelni kell:

- a háztartás tagjai jövedelmének hitelt érdemlő igazolása

IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY
a települési ápolási díj megállapításához/kötelező felülvizsgálatához

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

a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal vagy a rehabilitációs szakigazgatási szerv számú szakhatósági állásfoglalása vagy 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.¹

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:

.....
házi orvos aláírása
munkahelyének címe

P. H.

Tájékoztató
a házi orvosi 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) hallásvesztése 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.

3. A rendelet 12.§ (5) bekezdése szerint állandó ápolást gondozást igényel az a személy, aki betegségéből adódóan, mások segítsége nélkül nem képes étkezni, tisztálkodni, öltözködni, illemhelyet használni, lakáson belül segédeszköz nélkül nem tud közlekedni, vagy állandó és tartós felügyeletre szorul.