

## KÉRELEM

### Ápolási támogatás megállapítására

#### I. Személyi adatok

A kérelmező személyre vonatkozó személyi adatok:

Név:	
Születési név:	
Anyja neve:	
Születési hely, idő:	
Lakóhely:	
Tartózkodási hely:	
Társadalombiztosítási Azonosító Jel: (TAJ)	
Adószám:	
Bankszámlaszám:	
Állampolgárság:	
Telefonszám (nem kötelező megadni):	

Nyilatkozom, hogy

- 18. életévét betöltött tartós beteg személy gondozását, ápolását végzem
- regisztrált álláskereső és a munkanélküliek ellátására, társadalombiztosítási ellátásra, valamint nyugellátásra nem vagyok jogosult
- az Szt. 41. §.-a alapján nem vagyok jogosult ápolási díjra
- a 18. életévét betöltött tartós beteg személy háztartásában a kérelmezőn kívül ápolásra, gondozásra alkalmas más személy nincs
- az ápoló és az ápolat között tartási, életjáradéki vagy öröklési szerződés nem áll fenn

### III. Jövedelmi adatok

A kérelmező, valamint háztartásában élő családtagjai havi jövedelme forintban:

	kérelmező	háztartásában élő családtagjai jövedelme			
1.	Munkaviszonyból, és más foglalkoztatási jogviszonyból származó, ebből: közfoglalkoztatásból származó				
2.	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, ill. szellemi és más önálló tevékenységből származó				
3.	Táppénz, gyermekgondozási támogatások (GYÁS, GYED, GYES, GYET, családi pótlék, gyermektartásdíj)				
4.	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások				
5.	Hatóság tölti ki! Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások (pl. rendszeres szociális segély, ápolási díj, álláskeresési ellátások)				
6.	Egyéb jövedelem (pl. ösztöndíj, végkielégítés, ingó és ingatlan értékesítéséből, bérbeadásból származó) az előző sorokban nem feltüntetett jövedelem				
7.	<b>Összes jövedelem (1+2+3+4+5+6+7)</b>				

### IV. Az ápoltra személyre vonatkozó adatok

#### 1. Személyi adatok

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, év, hó, nap: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

Ha az ápoltra személy nem cselekvőképes, a törvényes képviselő neve: .....

Az ápoltra kapcsolata az ápolóval: .....

#### Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat

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

Dátum:.....

.....  
az ápolást végző személy aláírása

.....  
az ápoltra személy vagy törvényes képviselője aláírása

## Vagyonynyilatkozat

### I. A kérelmező személyes adatai

(név):	
(születési név):	
(anyja neve):	
(születési helye és ideje):	
(lakóhelye):	
(tartózkodási helye):	
(társadalombiztosítási Azonosító Jele:)	

### II. A kérelmező és a vele együtt élő közeli hozzátartozójának vagyona

#### A. Ingatlanok

- Lakástulajdon és lakótelek-tulajdon (vagy állandó, illetve tartós használat): címe: .....  
város/község ..... út/utca ..... hsz. alapterülete: ..... m<sup>2</sup>, tulajdoni hányad:  
....., a szerzés ideje: ..... év  
Becsült forgalmi érték:\* ..... Ft  
Haszonélvezeti joggal terhelt: igen nem (a megfelelő aláhúzendó)
- Üdülőtulajdon és üdülőtelek-tulajdon (vagy állandó, illetve tartós használat): címe: .....  
város/község ..... út/utca ..... hsz. alapterülete: ..... m<sup>2</sup>, tulajdoni hányad:  
....., a szerzés ideje: ..... év  
Becsült forgalmi érték:\* ..... Ft
- Egyéb, nem lakás céljára szolgáló épület-(épületrész-)tulajdon (vagy állandó használat):  
megnevezése (zártkerti építmény, műhely, üzlet, műterem, rendelő, garázs stb.): .....  
címe: ..... város/község ..... út/utca ..... hsz. alapterülete:  
..... m<sup>2</sup>, tulajdoni hányad: ....., a szerzés ideje: ..... év  
Becsült forgalmi érték:\* ..... Ft
- Termőföldtulajdon (vagy állandó használat): megnevezése: ..... címe:  
..... város/község ..... út/utca ..... hsz. alapterülete:  
..... m<sup>2</sup>, tulajdoni hányad: ....., a szerzés ideje: ..... év  
Becsült forgalmi érték:\* ..... Ft

### III. Egyéb vagyontárgyak

#### Gépjármű:

- személygépkocsi: ..... típus ..... rendszám  
a szerzés ideje: .....  
Becsült forgalmi érték:\*\* ..... Ft
- tehergépjármű, autóbusz: ..... típus ..... rendszám  
a szerzés ideje: .....  
Becsült forgalmi érték:\*\* ..... Ft

Kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulok a nyilatkozatban szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárásban történő felhasználásához, kezeléséhez.

Dátum:

.....  
aláírás

.....  
a háztartás nagykorú tagjainak aláírása

**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: .....

Tartósan beteg

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

Fenti igazolást nevezett részére

az Országos Orvosszakértői Intézet ..... fokú Orvosi Bizottságának ..... számú szakvéleménye, vagy a..... megyei gyermek szak főorvos ..... 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.