



Szódligeti Polgármesteri Hivatal
2133 Szódliget, Szt. István u. 34-36.

Tel.: 27/590-095;

E-mail: jegyzo@szodliget.hu; hivatal@szodliget.hu

KÉRELEM

a méltányossági 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 (akkor kell megadni, ha a folyósítást bankszámlára kéri):

.....

A folyósítást vezető pénzintézet neve:

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 aláhúzendó)

c) Az ápolat személy:

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

II. Az ápolat személyre vonatkozó adatok

1. Személyi adatok

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

Ha az ápolat személy nem cselekvőképes, a törvényes képviselő neve:

A törvényes képviselő lakcíme:

2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat

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

Dátum:

.....

.....
az ápolást végző személy aláírása

.....

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