**KÉRELEM**

**Települési ápolási támogatás**

**felülvizsgálat**

***I. Az ápolást végző személyre vonatkozó adatok***

* 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 ápolt 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.

***1.2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok***

1.2.1*.* Az ápolási díj megállapítását arra való tekintettel kérem, hogy az ápolt személy:

1.2.1.1.  súlyosan fogyatékos,

1.2.1.2.  fokozott ápolást igénylő súlyosan fogyatékos,

1.2.1.3.  18 éven aluli tartósan beteg,

1.2.1.4.  18. életévét betöltött tartósan beteg.

1.2.2. Ha a magasabb összegű ápolási díj megállapítását fokozott ápolást igénylő súlyosan fogyatékos személyre való tekintettel kérem, egyben tudomásul veszem az ezzel kapcsolatos vizsgálat elvégzésének szükségességét.

1.2.3. Kijelentem, hogy

1.2.3.1. keresőtevékenységet:

1.2.3.1.1.  nem folytatok,

1.2.3.1.2.  napi 4 órában folytatok,

1.2.3.1.3.  otthonomban folytatok;

1.2.3.2. nappali tagozaton tanulói, hallgatói jogviszonyban nem állok;

1.2.3.3. rendszeres pénzellátásban

1.2.3.3.1.  részesülök és annak havi összege: .....................,

1.2.3.3.2.  nem részesülök;

1.2.3.4. az ápolási tevékenységet:

1.2.3.4.1.  a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen,

1.2.3.4.2.  az ápolt személy lakóhelyén/tartózkodási helyén végzem (a megfelelő aláhúzandó);

1.2.3.5. életvitelszerűen a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzandó).

1.2.4. Kérjük, jelölje, ha az ápolt személy:

 közoktatási intézmény tanulója,

 óvodai nevelésben részesül,

 nappali szociális intézményi ellátásban részesül,

 felsőoktatási intézmény hallgatója.

***II. Az ápolt személyre vonatkozó adatok***

***2.1. Személyes adatok***

2.1.1. Neve: ......................................................................................................................................................

2.1.2. Születési neve: ........................................................................................................................................

2.1.3. Anyja neve: ............................................................................................................................................

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

2.1.5. Lakóhelye: ..............................................................................................................................................

2.1.6. Tartózkodási helye: ................................................................................................................................

2.1.7. Társadalombiztosítási Azonosító Jele: ...................................................................................................

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

2.1.9. A törvényes képviselő lakcíme: .............................................................................................................

***2.2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat***

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

2.2.2.  Hozzájárulok ahhoz, hogy az önkiszolgáló képességem megítéléséhez, ezzel összefüggésben a fokozott ápolási igény megállapításához szükséges vizsgálatokat elvégezzék. (Ezt csak akkor kell jelezni, ha az ápolt személy súlyosan fogyatékos és fokozott ápolást igényel.)

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

Kelt: ............................................................................

*.......................................................... ...................................................*

az ápolást végző személy aláírása az ápolt személy vagy törvényes képviselője aláírása

***4. 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 ápolási díjra a hozzátartozó,* ha:

4.1.1.1. keresőtevékenységet folytat és munkaideje – az otthon történő munkavégzés kivételével – a napi

4 órát meghaladja,

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

4.1.1.3. rendszeres pénzellátásban részesül és annak összege meghaladja az ápolási díj összegét. 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 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, az ápolási díj, a nemzeti helytállásért elnevezésű pótlék, a közszolgálati járadék, valamint a szociális biztonsági rendszereknek a Közösségen belül mozgó munkavállalókra, önálló vállalkozókra és családtagjaikra történő alkalmazásáról szóló 1408/71/EGK tanácsi rendelet alapján külföldi szerv által folyósított

egyéb azonos típusú ellátás.

4.1.3. *fokozott ápolást igényel az a súlyosan fogyatékos személy,* aki az alábbi tevékenységek közül legalább három elvégzésére csak mások segítségével képes:

*a)* étkezni, vagy

*b)* tisztálkodni, vagy

*c)* öltözködni, vagy

*d)* illemhelyet használni, vagy

*e)* lakáson belül – segédeszköz igénybevételével is – közlekedni.

4.2. *A kérelem 1.2.4. pontját* abban az esetben kell kitölteni, ha az ápolt személy közoktatási intézmény tanulója, óvodai nevelésben részesül, nappali szociális intézményi ellátásban részesül vagy felsőoktatási intézmény hallgatója. Az erről szóló igazolást a kérelemhez csatolni kell.

4.3. A kérelemhez minden esetben mellékelni kell a háziorvos igazolását.”

***IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY   
az ápolási díj megállapításához/kötelező felülvizsgálatához***

*(Az ápolt személy háziorvosa tölti ki.)*

1. Igazolom, hogy

**Neve:** ………………………………………………………………………………………

**Anyja neve:** ……………………………………………………………………………….

**Születési hely, év, hó, nap:** ……………………………………………………………….

**Lakóhely:** ………………………………………………………………………………….

**Tartózkodási hely:** ………………………………………………………………………..

**Társadalombiztosítási Azonosító Jele**: …………………………………………………...

**□ Súlyosan fogyatékos**

súlyos fogyatékosságának 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.

II. Szakvéleményem szerint a fent nevezett személy fogyatékossága/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.

**Tájékoztató   
a háziorvosi 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)* hallásvesztesége 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.

*Vagyonnyilatkozat*

***I. A kérelmező* személyes adatai**

Neve: ............................................................................................................................................

Születési neve: ..............................................................................................................................

Anyja neve: .................................................................................................................................

Születési hely, év, hó, nap: ...........................................................................................................

Lakóhely: .....................................................................................................................................

Tartózkodási hely: .......................................................................................................................

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .........................................................................................

***II. A kérelmező és a vele együttélő közeli hozzátartozójának, települési lakásfenntartási támogatás esetén a háztartás valamennyi tagjának vagyona***

***Ingatlanok***

1. Lakástulajdon és lakótelek-tulajdon (vagy állandó, illetve tartós használat): címe: ................. város/község ................... út/utca.................... hsz. alapterülete: ........... m2, tulajdoni hányad: ..........................., a szerzés ideje: ................ év

Becsült forgalmi érték:\* .......................................... Ft

Haszonélvezeti joggal terhelt: igen nem (a megfelelő aláhúzandó)

2. Üdülőtulajdon és üdülőtelek-tulajdon (vagy állandó, illetve tartós használat): címe: ....................... város/község .................................. út/utca .................... hsz. alapterülete: ........... m2, tulajdoni hányad: ...................., a szerzés ideje: ................ év

Becsült forgalmi érték:\* .......................................... Ft

3. 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: ........... m2, tulajdoni hányad: ................., a szerzés ideje: ................ év

Becsült forgalmi érték:\* .......................................... Ft

4. Termőföldtulajdon (vagy állandó használat): megnevezése: .......................... címe: ........................................ város/község .............................. út/utca .................... hsz. alapterülete: ........... m2, tulajdoni hányad: ...................., a szerzés ideje: ................ év

Becsült forgalmi érték:\* .......................................... Ft

***II. Egyéb vagyontárgyak***

Gépjármű: '

*a)*személygépkocsi: ......................................... típus .................. rendszáma, szerzés ideje, valamint a gyártás éve: .............................................................Becsült forgalmi érték:\*\* .......................................... Ft

*b)*tehergépjármű, autóbusz, motorkerékpár, vízi- vagy egyéb jármű: .............................. típus .................. rendszám**,** a szerzés ideje, valamint a gyártás éve: .............................................................Becsült forgalmi érték:\*\* .......................................... Ft

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

Kelt: .......... év .............................. hó ............ nap

................................................

aláírás