

ADATLAP
ápolási támogatás felülvizsgálatához

1. Személyes adatok

Az ápolást végző személyre vonatkozó adatok:

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési helye, ideje:

Lakóhelye:

Adóazonosító jele:

Tartózkodási helye:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Állampolgársága:

Telefonszáma*:

Fizetési számlaszáma (akkor kell megadni, ha a folyósítást fizetési számlaszámra kéri):

.....

A fizetési számlát vezető pénzintézet neve:

A kérelmező idegenrendészeti státusza (nem magyar állampolgárság esetén aláhúzással jelölni)

szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező,

bevándorolt/letelepedett, vagy

menekült/oltalmazott/hontalan.

2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozatok

- Az ápolási támogatást a 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozóm otthoni ápolásához, gondozásához kérem.
- Az ápolat személlyel való rokoni kapcsolatam:.....
- Az ápolási tevékenységet:
 - a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen,
 - az ápolat személy lakóhelyén/tartózkodási helyén végzem (a megfelelő aláhúzendő).
- Kijelentem, hogy keresőtevékenységet (aláhúzással jelölni):
 - nem folytatok,
 - legfeljebb napi 4 órában folytatok,
 - otthonomban folytatok,
 - távmunka keretében folytatok.
- Kijelentem, hogy nappali tagozaton tanulói, hallgatói jogviszonyban nem állok.
- Kijelentem, hogy (aláhúzással jelölni)
 - rendszeres pénzellátásban nem részesülök,
 - rendszeres pénzellátásban részesülök,
 - rendszeres pénzellátás megállapítására irányuló kérelmem a társadalombiztosítási igazgatási szervnél folyamatban van.
- Kijelentem, hogy a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. tv 41. § (1) bekezdése, vagy 43-43/A. § alapján ápolási díjban nem részesülök.

* A telefonszám megadása nem kötelező!

3. Az egy lakásban együtt lakó közeli hozzátartozókra és jövedelmükre vonatkozó adatok:

Kérelmezővel egy lakásban együtt lakó, ott bejelentett lakóhellyel vagy tartózkodási hellyel rendelkező közeli hozzátartozók: a házastárs, az élettárs, a húsz évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, a huszonhárom évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, nappali oktatás munkarendje szerint tanulmányokat folytató, a huszonöt évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, felsőoktatási intézmény nappali tagozatán tanulmányokat folytató, vér szerinti gyermek, örökbe fogadott gyermek, mostohagyermek és a Ptk. szerinti gyermekvédelmi nevelőszülő által e jogviszonya keretében nevelt gyermek kivételével a nevelt gyermek, korhatárra való tekintet nélkül a tartósan beteg, az autista, illetve a testi, érzékszervi, értelmi vagy beszéd fogyatékos vér szerinti, örökbefogadott, mostoha-, illetve nevelt gyermek, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt.

	A	B	C	D	E
	Közeli hozzátartozó neve	Anyja neve	Születési helye, ideje	TAJ	Rokoni kapcsolat megnevezése
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

A lakásban együtt lakó közeli hozzátartozóknak a kérelem benyújtását megelőző hónap havi nettó jövedelme forintban:

	A	B	C				
	A jövedelem típusa	Kérelmező	Közeli hozzátartozók				
1.	Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó jövedelem és táppénz						
2.	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó jövedelem						
3.	Gyermekgondozási támogatások, családi pótlék						
4.	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres ellátások						
5.	Önkormányzat, járási hivatal és állami foglalkoztatási szerv által folyósított ellátások						
6.	Tartásdíj						
7.	Egyéb jövedelem						
8.	Összes jövedelem						

4. Személyes adatok

Az ápolts személyre vonatkozó adatok

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési helye, ideje:

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Ha az ápolts személy cselekvőképességében részlegesen vagy teljesen korlátozott, a gondnok neve:

.....

A gondnok lakcíme:

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

5. Nyilatkozatok

- Felelősségem tudatában kijelentem, hogy
 - a) életvitelszerűen a lakóhelyemen/a tartózkodási helyemen élek* (a megfelelő rész aláhúzendó),
 - b) településszintű lakóhellyel rendelkezem (akkor kell aláhúznia, ha az Ön lakóhelyeként a polgárok személyi adatainak és lakcímének nyilvántartásában csak a bejelentett település neve szerepel),
 - c) az ellátásra való jogosultság feltételeit érintő lényeges tények, körülmények megváltozásáról 15 napon belül értesítem Győr Megyei Jogú Város Polgármesteri Hivatalának Humánszolgáltatási Főosztálya Népjóléti Osztályát,
 - d) a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

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

- A jelen kérelem alapján lefolytatott, szociális igazgatási eljárással kapcsolatos adatkezelési tájékoztatót megismertem, az abban foglaltakat megértettem. ¹
- Azon személyes adataim szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához hozzájárulok, melyek megadása nem kötelező. ²

Kelt:

.....
az ápolást végző személy aláírása

.....
az ápolts személy vagy törvényes képviselője aláírása

* Ezt a nyilatkozatot csak abban az esetben kell megtenni, ha bejelentett lakó- és tartózkodási hellyel is rendelkezik.

¹ A kérelmező a négyzetbe elhelyezett X jellel nyilatkozik, e nyilatkozat nélkül a kérelem nem fogadható be.

² A kérelmező a négyzetbe elhelyezett X jellel nyilatkozik, e nyilatkozat nélkül a kérelem nem fogadható be, ha olyan személyes adatot ad meg (pl. telefonszám), amely megadása nem kötelező.

IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY
az ápolási támogatás megállapításához/felülvizsgálatához
(Az ápolat személy háziorvosa tölti ki.)

I. Ápolásra szoruló

Neve:
Születési neve:
Anyja neve:
Születési hely, év, hó, nap:
Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Igazolom, hogy nevezett tartósan beteg: **IGEN** **NEM**
(Kérem, aláhúzással jelölje!)

Fenti igazolást nevezett részére a megyei szakfőorvosszámú igazolása, vagyfekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézmény, vagyszakrendelő intézet szakorvosa által kiadottkeltű igazolás/zárójelentés alapján állítottam ki.

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.

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.
Tartósan beteg az a személy, aki nem minősül súlyos fogyatékosnak, de előreláthatólag három hónapnál hosszabb időtartamban állandó ápolást, gondozást igényel.

MUNKAHELYI IGAZOLÁS

.....munkáltató

..... i.sz.....település.....utca, házszám

sz. alatti lakos,

1. munkavállalónk részére

.....évhónaptólévhó
.....napig

fizetés nélküli szabadság kivételét engedélyeztem.

2. munkavállalónk munkaideje napi óra

3. munkavállalónk foglalkoztatása otthonában, távmunkában történik.

Az igazolást nevezett ápolási támogatás megállapítása iránti kérelméhez adtam ki.

G y ő r ,

ph.

.....
munkáltató

Az ápolási támogatás iránti kérelemhez mellékelendő:

1. Igazolás az egy lakásban együtt lakó közeli hozzátartozók,
 - rendszerességgel járó jövedelem esetén a kérelem benyújtását megelőző hónap jövedelméről,
 - nem havi rendszerességgel szerzett, illetve vállalkozási tevékenységből származó jövedelem esetén a kérelem benyújtásának hónapját közvetlenül megelőző 12 naptári hónap jövedelméről.

A fenti jövedelmek igazolására

- a) munkabérből származó jövedelem esetén a munkáltató által kiállított igazolás vagy a fizetési jegyzék,
- b) álláskeresési ellátás és ellátatlan munkanélküli esetén a Győr-Moson-Sopron Megyei Kormányhivatal hatáskörrel és illetékességgel rendelkező szerve által kiállított igazolás,
- c) nyugdíj, nyugdíjszerű ellátások esetén a Nyugdíjfolyósító Igazgatóság által a tárgyévben kiállított nyugdíjkieljáró lap és a kérelem benyújtását megelőző hónapban kifizetett ellátást igazoló nyugdíjszelvény, bankszámla kivonat,
- d) östermelők esetén a bevételről vezetett dokumentum vagy a Nemzeti Adó- és Vámhivatal által a lezárt adóévről kiállított igazolás,
- e) vállalkozásból származó jövedelem esetén lezárt adóévről a Nemzeti Adó- és Vámhivatal által kiállított igazolás, a le nem zárt időszakra vonatkozóan könyvelői igazolás vagy a vállalkozó nyilatkozata,
- f) tartásdíj esetén a felvett vagy fizetett tartásdíj összegét igazoló postai szelvény, bankszámla kivonat vagy átvételi elismervény,
- g) ösztöndíjról a középiskola, vagy a felsőoktatási intézmény által kiállított igazolás vagy az utalást igazoló elektronikus nyilvántartásból kinyomtatott adattartalom vagy
- h) az a)-g) pontba nem tartozó jövedelem esetén a jövedelem típusának megfelelő igazolás nyújtható be.

2. A gyermek elhelyezése vagy a gyámrendelés tárgyában hozott bírósági határozat.

3. 30 napnál nem régebbi igazolás a 16. életévét betöltött, önálló jövedelemmel nem rendelkező, a nappali oktatás munkarendje szerint tanulmányokat folytató fiatal felnőtt tanulói vagy hallgató jogviszonyáról.

4. Az 1. számú melléklet.

5. Munkaviszony fennállása esetén a 2. számú melléklet.