

Kérelem*

az ápolási díj megállapítására

I. Az ápolást végző személyre vonatkozó adatok

1. Személyi adatok

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, év, hó nap:

Lakcíme:

Tartózkodási címe:

TAJ száma:

Adószáma:

Az ápolat személlyel való rokonsági kapcsolat:

2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok:

Kijelentem, hogy

- kereső tevékenységet: nem folytatok

napi 4 órában folytatok

otthonomban folytatok

- nappali tagozaton tanulói, hallgatói jogviszonyban nem állok

- a közös háztartásban élő gyermekünk után terhességi-gyermekágyi segélyben, gyermekgondozási díjban vagy gyermeknevelési támogatásban a szülők egyike sem részesül

- rendszeres pénzellátásban részesül és annak havi összegeFt.
nem részesülök

- az ápolási tevékenységet:

a lakcímen / tartózkodási címen

az ápolási személy lakcímén / tartózkodási címén

végzem.

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.

* A megfelelő választ X-szel kell jelölni, illetve a hiányzó adatot kitölteni!

II. Az ápolat személyre vonatkozó adatok

1. Személyi adatok:

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:

Lakcíme:

Tartózkodási címe:

Az ápolat személlyel való rokonsági kapcsolat:

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

A törvényes képviselő lakcíme:

2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat:

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

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

Dátum:.....

.....

az ápolást végző személy
aláírása

.....

az ápolat személy vagy törvényes képviselője
aláírása

Igazolás és szakvélemény*

az ápolási díj megállapításához/kötelező felülvizsgálatához

(Az ápolat személy háziiorvosa tölti ki.)

I. Igazolom, hogy

Név:

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:

Lakcíme:

Tartózkodási helye:

TAJ-száma:

súlyosan fogyatékos:

súlyos fogyatékoságának jellege:

látássérült

hallássérült

értelmi sérült

mozgássérült , vagy

tartósan beteg

Fenti igazolást nevezett részére

Az Országos Orvosszakértő Intézet.....fokú Orvosi Bizottságánakszámú szakvéleménye, vagy amegyei gyermek szakfőorvosszámú igazolása, vagy.....fekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézmény.....szakrendelő intézet szakorvosa által kiadottszámú igazolás/zárójelentés, vagy a Tanulási Képességet Vizsgáló Szakértő Bizottságszámú szakvéleménye alapján állítottam ki.

II. Szakvéleményem szerint a fent nevezett személy fogyatékosága/betegsége miatt állandó és tartós gondosára szorul. A gondozás várható időtartama:

3 hónapnál hosszabb, vagy

3 hónapnál rövidebb.

Dátum:

.....
háziorvos aláírása
munkahelyének címe

P. H.

* A megfelelő választ X-szel kell jelölni, illetve a hiányzó adatot kitölteni!

Igazolás az ápolási díj megállapításához

Igazolom, hogy.....(név)

anyja neve:

született:

lakcíme:

„A” közoktatási intézmény tanulója,

„B” óvodai nevelésben részesül,

„C” nappali szociális intézményi ellátásban részesül,

„D” felsőoktatási intézmény hallgatója.*

Az intézmény megnevezése:

.....
.....

Az „A” pontban foglalt esetben az intézményben eltöltött idő a kötelező tanórai foglalkozások időtartamát

meghaladja

nem haladja meg.*

A „B”-„C” pontban foglalt esetben az intézmény igénybevétele, illetőleg a „D” pont szerinti esetben az intézmény látogatási kötelezettségének időtartama átlagosan a napi 5 órát

meghaladja

nem haladja meg.*

Az „A”-„D” pontban foglalt intézmény igénybevétele az ápolást végző személy rendszeres közreműködését

teszi szükségessé

nem teszi szükségessé.*

Dátum:

P. H.

.....
intézményvezető

A *-gal jelölt, megfelelő rész aláhúzendó!