*6. melléklet*

**Zalakarosi Közös Önkormányzati Hivatal**

**8749 Zalakaros, Gyógyfürdő tér 1. Tel: 93/340-100**

**K é r e l e m**

**Települési támogatás megállapítására**

**(Beteggondozási támogatás)**

1. Az ápolást végző személyre vonatkozó adatok

1.1. Személyes adatok

Neve:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Születési neve:     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anyja neve:     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Születési hely, idő (év, hó, nap):     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lakóhelye:     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tartózkodási helye:     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adóazonosító jele:     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Állampolgársága:     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Az ápolt személlyel való rokoni kapcsolata:     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonszám (nem kötelező megadni):     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fizetési számlaszám (akkor kell megadni, ha a folyósítást fizetési számlaszámra kéri):     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A fizetési számlát vezető pénzintézet neve:     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A kérelmező idegenrendészeti státusza (nem magyar állampolgárság esetén):

 szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, vagy

 EU kék kártyával rendelkező, vagy

 bevándorolt/letelepedett, vagy

 menekült/oltalmazott/hontalan.

*1.2.* *Jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok*

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

 18. életévét betöltött tartósan beteg.

**Kijelentem,**

* hogy keresőtevékenységet:

 nem folytatok,

 napi 4 órában folytatok,

 otthonomban folytatok;

 - Rendszeres pénzellátásban

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

 nem részesülök;

 - az ápolási tevékenységet:

  a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen,

  az ápolt személy lakóhelyén/tartózkodási helyén

végzem (a megfelelő aláhúzandó);

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

*2. Az ápolt személyre vonatkozó adatok*

*2.1.* *Személyes adatok*

 Neve:    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Születési neve:     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anyja neve:     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Születési hely, idő (év, hó, nap):     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lakóhelye:     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tartózkodási helye:     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Társadalombiztosítási Azonosító Jele:     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ha az ápolt személy nem cselekvőképes, a törvényes képviselő neve:     \_\_\_\_\_\_

A törvényes képviselő lakcíme:     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*2.2.* *Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat*

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

*3. A közeli hozzátartozókra és jövedelmükre vonatkozó adatok*

*a)* A kérelmező családi körülménye:

 □ egyedül élő

 □ nem egyedül élő

*b)* A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók adatai

 A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók száma: ......... fő.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Közeli hozzátartozó neve (születési neve) |  Családi kapcsolat megnevezése |  Születési helye, év, hónap, nap |  Megjegyzés\* |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |
|  |   |
|  \* Ebben az oszlopban kell feltüntetni, ha |
|  - a 16-20 év közötti gyermek nem jár oktatási intézménybe, de önálló keresettel még nem rendelkezik, |
|  - életkortól függetlenül a gyermek tartós betegségének vagy fogyatékosságának fennállását. |

***A kérelemhez mellékelni kell a jövedelemnyilatkozat 1-7. pontjaiban feltüntetett jövedelmek valódiságának igazolására szolgáló iratokat.***

*c)* Jövedelmi adatok

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  A jövedelem típusa | Kérelmező |  A családban élő közeli hozzátartozók |
|  1. Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó |   |   |   |   |   |   |
|  2. Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó |   |   |   |   |   |   |
|  3. Alkalmi munkavégzésből származó |   |   |   |   |   |   |
|  4. Táppénz, gyermekgondozási támogatások |   |   |   |   |   |   |
|  5. Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások |   |   |   |   |   |   |
|  6. Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások |   |   |   |   |   |   |
|  7. Egyéb jövedelem |   |   |   |   |   |   |
|  8. Összes jövedelem |   |   |   |   |   |   |

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

Kelt: ............................................................................, ....................................................

***……………………………………………………. ……………………………………………***

 ***kérelmező aláírása ápolt személy aláírása***

**KITÖLTÉSI UTASÍTÁS**

1. Bejelentett lakóhely címeként a személyi igazolványban szereplő lakóhely, illetve több lakóhely esetén az állandó lakóhely címét kell feltüntetni.

**2. Közeli hozzátartozók**:

*a)* a házastárs, az élettárs,

*b)* a húszévesnél 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, nappali tagozaton egyetemi, főiskolai tanulmányokat folytató; valamint korhatárra való tekintet nélkül a tartósan beteg, illetve a testi, érzékszervi, értelmi, beszéd- vagy más fogyatékos vér szerinti, örökbe fogadott, illetve nevelt gyermek,

*c)* a 18. életévet be nem töltött gyermek vonatkozásában a vér szerinti és az örökbe fogadó szülő, illetve a szülő házastársa vagy élettársa.

3. Az egy háztartásban élő közeli hozzátartozók jövedelmét hozzátartozók szerint kell feltüntetni.

4. **A 2. és 3. jövedelemtípusba tartozó jövedelmek kivételével a kérelem benyújtását megelőző hónap jövedelmét kell szerepeltetni.**

5. **A 2. és 3. jövedelemtípusba tartozó jövedelmek esetén a kérelem benyújtását megelőző évre vonatkozó személyi jövedelemadó bevallás azonos megnevezésű rovatában szereplő összeg 12-vel osztott részét kell beírni.**

6. A jövedelemnyilatkozatban **feltüntetett jövedelmekről** a típusának megfelelő **igazolást** vagy annak fénymásolatát (nyugdíjszelvény, munkáltatói igazolás, szerződés stb.) a jövedelemnyilatkozathoz **csatolni kell.**

7. Az egy főre jutó havi nettó családi jövedelem a havi családi összjövedelem osztva a közeli hozzátartozók számával.

8. A jövedelemnyilatkozatot a kérelmező mellett az érintett közeli hozzátartozóknak is alá kell írniuk. Ha az ellátást igénylő vagy annak közeli hozzátartozója nem cselekvőképes, helyette a törvényes képviselője jogosult az aláírásra.

IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY
az ápolási díj megállapításához/kötelező felülvizsgálatához

*(Az ápolt személy háziorvosa tölti ki.)*

I. Igazolom, hogy

Neve:

Születési 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

az Országos Orvosszakértői Intézet ............ fokú Orvosi Bizottságának .................... számú 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.