



**Enying Város Önkormányzata
Polgármesteri Hivatal**

8130 Enying, Kossuth u. 26.
Tel./Fax: 22/372-002

K É R E L E M

Az 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:.....
TAJ száma:.....
Adóazonosító jele:.....
Az ápolat személlyel való rokonsági kapcsolat:.....
Telefonszám (nem kötelező megadni):.....
Bankszámlaszám (ha a folyósítást bankszámlára kéri).....
A folyószámlát vezető pénzüintézet neve:.....

2. Jogszultsági feltételekre vonatkozó adatok:

a) Az ápolási díj megállapítást arra való tekintettel kérem, hogy az ápolat személy:

- súlyos fogyatékos
- fokozott ápolást igénylő súlyosan fogyatékos
- 18 éven aluli tartós beteg
- 18. életévét betöltött tartós beteg

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

b) Kijelentem, hogy

- kereső tevékenységet :

- nem folytatok
- napi 4 órában folytatok
- otthonomban folytatok

- nappali tagozaton tanulói, hallgatói jogviszonyban nem állok

- rendszeres pénzellátásban
 - részesülök és annak havi összege:.....Ft.
 - 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 és laccíme:

.....

2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat:

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

Hozzájárulok ahhoz, hogy az önkiszolgáló képességem megítéléséhez, ezzel összefüggésben a fokozott ápolási igény megállapításához szükséges. (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.

Enying,.....

.....
az ápolást végző aláírása

.....
az ápolat személy v. törvényes képviselőjének aláírása

Tájékoztató
a kérelem kitöltéséhez

A megfelelő választ X-szel kell jelölni, illetve a hiányzó adatokat kitölteni.

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 42. § (1) bekezdése értelmében

Nem jogosult ápolási díjra a hozzátartozó ha:

- keresőtevékenységet folytat és munkaideje - az otthon történő munkavégzés kivételével - a napi 4 órát meghaladja,
- szakiskola, középiskola, illetve felsőoktatási intézmény nappali tagozatos tanulója, hallgatója,
- rendszeres pénzellátásban részesül és annak összege meghaladja az ápolási díj összegét, ide nem értve azt a táppénzt, amelyet az ápolási díj folyósításának időtartama alatt végzett keresőtevékenységből adódó biztosítási jogviszony alapján - keresőképtelenné válás esetén - folyósítanak, továbbá azt a saját jogú nyugdíjat, amelyet az ápolási díjban részesülő személy az Szt. 42. § (4) bekezdése alapján kap.

Rendszeres pénzellátásnak minősül: a táppénz, a terhességi-gyermekágyi segély, a gyermekgondozási díj, az öregségi nyugdíj, a rokkantsági nyugdíj, 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 baleseti rokkantsági nyugdíj, a hozzátartozói baleseti nyugellátás, az Flt. alapján folyósított pénzbeli ellátás, az átmeneti járadék, a rendszeres szociális járadék, a bányászok egészségkárosodási járadéka, a rokkantsági járadék, a hadigondozottak és nemzeti gondozottak pénzbeli ellátásai, a gyermekgondozási segély, a gyermeknevelési támogatás, az időskorúak járadéka, a munkanélküliek jövedelempótló támogatása, a rendszeres szociális segély, az ápolási díj, a nemzeti helytállásért elnevezésű pótlék, 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.¹

Fokozott ápolást igényel az a súlyosan fogyatékos személy, aki mások segítségével nélkül önállóan nem képes:

- a) étkezni, vagy
- b) tisztálkodni, vagy
- c) öltözködni, vagy
- d) illemhelyet használni, vagy
- e) lakáson belül - segédeszköz igénybevételével sem - közlekedni,

feltéve, hogy esetében az a)-e) pontokban foglaltak közül legalább három egyidejűleg fennáll.

A kérelem 2. c) pontját abban az esetben kell kitölteni, ha az ápolat személy közoktatási intézmény tanulója, óvodai nevelésben részesül, nappali szociális intézményi ellátásban részesül vagy felsőoktatási intézmény hallgatója. Az erről szóló igazolást a kérelemhez csatolni kell.

A kérelemhez minden esetben mellékelni kell a háziorvos igazolását.

¹ Módosította: 395/2007. (XII. 27.) Korm. rendelet 21. § (2) a).

IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY
az ápolási díj megállapításához/kötelező felülvizsgálatához

(Az ápolat 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 fogyatékoságának 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 fogyatékosága/betegsége miatt állandó és tartós gondozásra szorul. A gondozás várható időtartama:

3 hónapnál hosszabb, vagy

3 hónapnál rövidebb.

Dátum:

p.h.

.....
háziorvos aláírása, munkahelyének címe

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) hallásvesztése 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.

NYILATKOZAT

Alulírott.....
..... szám alatti lakos nyilatkozom, hogy magánnyugdíj
pénztári tag vagyok-e:

IGEN

NEM

(Igen válasz esetén mellékelni kell a belépési nyilatkozat fénymásolatát)

NYILATKOZAT

A támogatást kérő és vele közös háztartásban élő hozzátartozók jövedelméről.

<i>NÉV</i>	<i>SZ:HELY</i>	<i>ANYJA NEVE</i>	<i>MUNKAHELY</i>	<i>JÖVEDELME</i>
<i>SZÜLETÉSI NÉV</i>	<i>SZ:IDŐ</i>		<i>INTÉZMÉNY</i>	<i>ELLÁTÁS</i>
			<i>NEVE</i>	<i>ÖSSZEGE</i>

Kérelmező:

.....

Házastárs:

.....

Gyermek:

.....

Gyermek:

.....

Gyermek:

.....

Gyermek:

.....

Gyermek:

.....

Egyéb hozzátartozók:

.....

.....

Enying.....

kérelmező aláírása