

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		<input type="checkbox"/>
napi 4 órában folytatok		<input type="checkbox"/>
otthonomban folytatok		<input type="checkbox"/>
- 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		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> a lakcímen/tartózkodási címen <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> az ápolat személy lakcímen/tartózkodási címen <input type="checkbox"/>		
végzem.		
Az ápolási díj megállapítását arra való tekintettel kérem, hogy az ápolat személy:		
súlyosan fogyatékos		<input type="checkbox"/>
fokozott ápolást igénylő súlyosan fogyatékos		<input type="checkbox"/>
18 éven aluli tartósan beteg		<input type="checkbox"/>
18. életévét betöltött tartósan beteg		<input type="checkbox"/>
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.		<input type="checkbox"/>

Kérem, hogy amennyiben az ápolási díj megállapításra kerül, úgy annak összegét a
.....pénzintézetnél vezetettszámlaszámra
utalják

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, ha az ápolat személy súlyosan fogyatékos és fokozott ápolást igényel.)

Dátum:

.....

az ápolást végző személy
aláírása

.....

az ápolat személy vagy törvényes képviselője
aláírása