3. melléklet 14/2021. (IX. 30.) önkormányzati rendelethez.

***KÉRELEM ÁPOLÁSI DÍJ MEGÁLLAPÍTÁSÁRA***

***1. Az ápolást végző személyre vonatkozó adatok***

***1.1. Személyes adatok***

1.1.1. Neve: ..................................................................................................................................

1.1.2. Születési neve: .....................................................................................................................

1.1.3. Anyja neve: .........................................................................................................................

1.1.4. Születési hely, idő (év, hó, nap): .........................................................................................

1.1.5. Lakóhelye: ...........................................................................................................................

1.1.6. Tartózkodási helye: .............................................................................................................

1.1.7. Társadalombiztosítási Azonosító Jele: ...............................................................................

1.1.8. Adóazonosító jele: ..............................................................................................................

1.1.9. Állampolgársága: ...............................................................................................................

1.1.10. Az ápolt személlyel való rokoni kapcsolata: ....................................................................

1.1.11. Telefonszám (nem kötelező megadni): .............................................................................

1.1.12. Fizetési számlaszám (akkor kell megadni, ha a folyósítást fizetési számlaszámra kéri):

1.1.13. A fizetési számlát vezető pénzintézet neve: ......................................................................

1.1.14. A kérelmező idegenrendészeti státusza (nem magyar állampolgárság esetén):

1.1.14.1. □ szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, vagy

1.1.14.2. □ EU kék kártyával rendelkező, vagy

1.1.14.3. □ bevándorolt/letelepedett, vagy

1.1.14.4. □ menekült/oltalmazott/hontalan.

***1.2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok***

1.2.1. Kijelentem, hogy

1.2.1.1. keresőtevékenységet:

1.2.1.1.1. □ nem folytatok,

1.2.1.1.2. □ napi 4 órában folytatok,

1.2.1.1.3. □ otthonomban folytatok;

1.2.1.2. nappali tagozaton tanulói, hallgatói jogviszonyban nem állok; □

1.2.1.3. rendszeres pénzellátásban

1.2.1.3.1. □ részesülök és annak havi összege: .....................,

1.2.1.3.2. □ nem részesülök;

1.2.1.4. az ápolási tevékenységet:

1.2.1.4.1. □ a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen,

1.2.1.4.2. □ az ápolt személy lakóhelyén/tartózkodási helyén

végzem (a megfelelő aláhúzandó);

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

1.2.2. Kérjük, jelölje, ha az ápolt személy:

□ közoktatási intézmény tanulója,

□ óvodai nevelésben részesül,

□ nappali szociális intézményi ellátásban részesül,

□ felsőoktatási intézmény hallgatója.

***2. Az ápolt személyre vonatkozó adatok***

*2.1. Személyes adatok*

2.1.1. Neve: ...................................................................................................................................

2.1.2. Születési neve: ....................................................................................................................

2.1.3. Anyja neve: ........................................................................................................................

2.1.4. Születési hely, idő (év, hó, nap): .........................................................................................

2.1.5. Lakóhelye: ...........................................................................................................................

2.1.6. Tartózkodási helye: .............................................................................................................

2.1.7. Társadalombiztosítási Azonosító Jele: ................................................................................

2.1.8.Ha az ápolt személy nem cselekvőképes törvényes képviselő neve: ……………………..

2.1.9. A törvényes képviselő lakcíme: ..........................................................................................

*2.2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat*

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| ................................................................... | .................................................................. |

|  |  |
| --- | --- |
| az ápolást végző személy aláírása | az ápolt személy vagy törvényes képviselője aláírása |

.