

I. Az ápolást végző személyre vonatkozó adatok

Személyi adatok:

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, év, hó nap:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

TAJ száma:

Adószáma:

az ápolat személlyel való rokonsági kapcsolata:

Telefonszám:

Bankszámlaszám, pénzüintézet neve:

Jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok:

a) Az ápolási díjmegállapítását 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.

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:

nem részesülök

az ápolást végző személy
aláírása

az ápolat személy vagy törv. képviselője
aláírása

.....

.....

- ápolási tevékenységet:

- a lakóhelyemen/ tartózkodási helyemen
 az ápolat személy lakóhelyén/ tartózkodási helyén

végzem.

- életvitelszerűen a lakóhelyemen vagy tartózkodási helyemen élek (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

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:

A törvényes képviselő lakcíme:

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.)

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

Dátum:

az ápolást végző személy
aláírása

az ápolat személy vagy törv. képviselője
aláírása

.....

.....