SZKO/9/7



|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| BUDAPEST FŐVÁROS XIII. KERÜLETI | |  | **Budapest Főváros XIII. Kerületi Polgármesteri Hivatal**  1139 Budapest Béke tér 1. | |
| POLGÁRMESTERI HIVATAL | |  |
| SZOCIÁLIS ÉS KÖZNEVELÉSI OSZTÁLY | |  | Érkeztető szám: ÉRK/ | |
| 1139 Budapest, Béke tér 1.  T.: (1) 452-4100 | 1555 Budapest, Pf. 10.  ph-szko@bp13.hu |  | Érkezett: | Melléklet: |
| www.budapest13.hu | HKP: BPXIII 106109772 |  | Száma: | |
|  |  |  | Ügyintéző: | Előzmény: |

**ÁPOLÁSI CÉLÚ TELEPÜLÉSI TÁMOGATÁS**

**KÉRELEM**

Kérelmező neve: ………………………………………………………………………………………..Születési neve: …………………………………………………………………………….

Családi állapota: Anyja neve:

Születési hely, idő: **,** év hó nap

TAJ szám:\_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ -\_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ - \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_

Adóazonosító jel:

Kapcsolattartás formája: Telefonszám…………………………………………………………..emailcím:…………………………………….……………………………..

Állampolgársága: magyar állampolgár, bevándorlási, letelepedési engedéllyel rendelkező, magyar hatóság által menekültként vagy oltalmazottként elismert, egyéb személy. engedély száma: (A megfelelő részt kérem aláhúzni.)

Bejelentett **lakóhely**:  település

utca/út/tér/park/köz/stny./rp./krt házszám ép./lph. em. ajtó

Bejelentett **tartózkodási hely**:  ………………………………………………………település ……………………………………..…………………………………………

…………………………………..utca/út/tér/park/köz/stny./rp./krt ……. házszám ………….ép./lph. em., ajtó

Életvitelszerűen lakóhelyemen / tartózkodási helyemen élek. (A megfelelő részt kérem aláhúzni.)

***Felhívjuk figyelmét, hogy kérelmen szereplő adatokat a népesség-nyilvántartó adatai alapján köteles kitölteni!***

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy

 a 2. pontban nevezett 18. életévét betöltött tartós beteg személy gondozását végzem

regisztrált álláskereső vagyok

munkanélküliek ellátásában nem részesülök

nyugdíjellátásban nem részesülök

aktív korúak ellátásában nem részesülök

a Szt. 41. §-a alapján ápolási díjra nem vagyok jogosult

a 2. pontban nevezett 18. életévét betöltött tartós beteg személy gondozására az ápolni kívánt személy háztartásában egyéb személy nincs.

a 2. pontban nevezett 18. életévét betöltött tartós beteg személlyel tartási, életjáradéki vagy öröklési szerződésben nem állok

az ellátás vizsgálata szempontjából szükséges adat kezeléshez hozzájárulok.

Budapest, …………év……..…….hó……..nap

ápolt aláírása kérelmező (ápoló)

Az ápolási tevékenységet:

a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen,

az ápolt személy lakóhelyén/tartózkodási helyén

végzem (a megfelelő aláhúzandó);

Az ápolási támogatás folyósítását: postai úton folyószámlára történő utalás útján

Folyószámlát vezető bankintézet neve: ………………………………………………………………………………………………………………………………  
Folyószámla szám: \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

*2. Az ápolt személyre vonatkozó adatok*

Ápolt neve:……………………………………………………………………………………………………………………..:

Születési neve::…………………………………………………………………………………………………………..

Családi állapota: …………………………………………………………………………………………………….. Anyja neve: ……………………………………………………………………….

Születési hely, idő:…………………………………………………………………………………………………………………………………..

TAJ szám: \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_-\_\_\_ \_\_\_ \_\_\_-\_\_\_ \_\_\_ \_\_\_

Állampolgársága: - magyar állampolgár, bevándorlási, letelepedési engedéllyel rendelkező,   
magyar hatóság által menekültként vagy oltalmazottként elismert egyéb személy. engedély száma: ……………………………………………………

Bejelentett **lakóhely**: ………………………………………………..település ………………………………………………………………………………………………………………

utca/út/tér/park/köz/stny./rp./krt házszám ép./lph. em. ajtó

Bejelentett **tartózkodási hely**: …………………………………………..település ……………………………………..…………………………………………………..

…………………………………..utca/út/tér/park/köz/stny./rp./krt ……. házszám ………….ép./lph. em., ajtó

Életvitelszerűen lakóhelyemen / tartózkodási helyemen élek. (A megfelelő részt kérem aláhúzni.)

***Felhívjuk figyelmét, hogy kérelmen szereplő adatokat a népesség-nyilvántartó adatai alapján köteles kitölteni!***

*2.2.* *Jogosultsági feltételekre vonatkozó ápolt személyre vonatkozó nyilatkozat*

Kijelentem, hogy ápolásom címén a Szt. 41. §-a alapján ápolási díjra való jogosultságot közeli hozzátartozom részére nem állapítottak meg.

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

Hozzájárulok ahhoz, hogy az önkiszolgáló képességem megítéléséhez, ezzel összefüggésben az ápolási igény megállapításához háziorvosom vagy szakorvosom szakvéleményt adjon, ápolás helyszínén környezettanulmányt elvégezzék.

Az 1. pontban nevezett ápolást végző személyen kívül háztartásomban egyéb személy nincs.

Az 1. pontban nevezett ápolást végző személlyel tartási, életjáradéki vagy öröklési szerződésben nem állok.

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

**Tudomásul veszem, hogy a kérelmen megadott személyes adatok az elbírálásához szükségesek.**

**Az Európai Parlament és a Tanács 2016/679 rendelete (általános adatvédelmi rendelet) GDPR, alapján készült ADATVÉDELMI TÁJÉKOZTATÓ ÉS FOLYAMATLEÍRÁS A TELEPÜLÉSI TÁMOGATÁSOKKAL KAPCSOLATOS ELJÁRÁS SORÁN MEGVALÓSULÓ ADATKEZELÉSRŐL című tájékoztatót megismertem.**

Budapest,……… .év …………….hó…….nap

ápolt aláírása ápoló (kérelmező)

**IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY   
AZ ÁPOLÁSI CÉLÚ TELEPÜLÉSI TÁMOGATÁS MEGÁLLAPÍTÁSÁHOZ/ FELÜLVIZSGÁLATÁHOZ**

*(Az ápolt személy háziorvosa tölti ki.)*

1. Igazolom, hogy

Neve: . .

Születési neve: .

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Súlyosan fogyatékos igen nem

Tartósan beteg igen nem

Szakvéleményem szerint a fent nevezett személy betegsége miatt állandó és tartós gondozásra szorul. A gondozás várható időtartama:

□ 3 hónapnál hosszabb, vagy

□ 3 hónapnál rövidebb.

Dátum: P. H.

................................................

háziorvos / kezelőorvos aláírása   
munkahelyének címe

**SZKO/12/5**

A kérelmező és a lakcímére bejelentett és életvitelszerűen ott élő, házastársának (élettársának) a vele együtt élő gyermekeinek, és egyéb személyeknek, a kérelem benyújtását megelőző havi nettó jövedelme forintban:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | A. | B. | C | D. | E. | |
|  |  | Név | Születési hely, idő | Taj | Munkaviszonyból és más jogviszonyból származó jövedelem;  Önkormányzat, kormányhivatal által folyósított ellátások | Kiskorú esetén bölcsőde, óvoda, iskola megnevezése |
| 1. | Kérelmező |  |  |  |  |  |
| 2. | Házastársa (élettársa) |  |  |  |  |  |
| 3. | Háztartásban élő egyéb személyek |  |  |  |  |  |
| 4. | Gyermekei |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek. Tudomásul veszem, hogy a nyilatkozatban közölt adatok valódiságát az Szt. 10. § (7) bekezdése alapján az Önkormányzat a NAV illetékes megyei/fővárosi adóigazgatósága útján ellenőrizheti.   
**Felhívom figyelmét**, hogy az ápolási támogatás ügyében hozott döntés megalapozása érdekében a Szociális Szolgáltató Központ felméri az ápolt ápolási szükségletét..   
Kérelmező együttműködési kötelezettséget vállalom: **igen/nem** Hozzátartozóegyüttműködési kötelezettséget vállalom: **igen/nem**

kérelmező aláírása nagykorú hozzátartozó aláírása

Ha Ön lakcímén bejelentett személy Önnel életvitelszerűen nem él, akkor tartózkodási helyének megadása kötelező.  
Lakcím: ………………… (irányítószám)………………………………………………………………..(település)…………………………………………………………….(utca)…………………(házszám)………………(épület)……………(emelet)…………………….(ajtó)

Budapest, 20……………… .és ……………… hó…………… nap