

KÉRELEM

TELEPÜLÉSI TÁMOGATÁS MEGÁLLAPÍTÁSÁHOZ

a 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozójának az ápolást, gondozást végző személy részére

1. Az ápolást, gondozást végző személyre vonatkozó adatok

1.1. Személyes adatok:

Neve: _____

Születési neve: _____

Anyja neve: _____

Születési helye, ideje: _____

Lakóhelye: _____

Tartózkodási helye: _____

(A lakóhely és a tartózkodási hely megadásakor a lakcímnnyilvántartásba bejelentett lakóhelyet, tartózkodási helyet kell feltüntetni!)

Társadalombiztosítási Azonosító Jele (TAJ): - -

Az ápolott személlyel való rokoni kapcsolata: _____

Telefonszám (nem kötelező megadni): _____

Támogatás kifizetése: ☐ postai, vagy ☐ banki utalás. Pénzintézet neve: _____

Számlaszám - -

1.2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok:

Kijelentem, hogy

- a) A járási hivatal által megállapított ápolási díjban nem részesülök ☐;
- b) Rendszeres pénzellátásban nem részesülök ☐;
- c) Nappali tagozaton tanulói, hallgatói jogviszonyban nem állok ☐;
- d) Keresőtevékenységet: ☐ nem folytatok, ☐ napi 4 órában folytatok, ☐ otthonomban folytatok;

- e) az ápolott személy két hónapot meghaladóan fekvőbeteg-gyógyintézeti, valamint nappali ellátást nyújtó vagy bentlakásos szociális intézményi elhelyezésben nem részesül, nem tanulója közoktatási intézménynek, illetőleg nem hallgatója nappali tagozatos felsőoktatási intézménynek ☐.

2. Az ápolott, gondozott személyre vonatkozó adatok

2.1. Személyes adatok:

Neve: _____

Születési neve: _____

Anyja neve: _____

Születési helye, ideje: _____

Lakóhelye: _____

Tartózkodási helye: _____

(A lakóhely és a tartózkodási hely megadásakor a lakcímnnyilvántartásba bejelentett lakóhelyet, tartózkodási helyet kell feltüntetni!)

Társadalombiztosítási Azonosító Jele (TAJ): - -

Telefonszám (nem kötelező megadni): _____

2.2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat

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

az ápolott, gondozott személy aláírása

3. Az ápolást, gondozást végző családjában élő közeli hozzátartozók

Megjegyzés: A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 4 § (1) bekezdés d) pontja értelmében közeli hozzátartozó:

- a házastárs, az élettárs;
- a 20 évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező;
- a 23 évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, nappali oktatás munkarendje szerint tanulmányokat folytató tanulmányokat folytató;
- a 25 évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, felsőoktatási intézmény nappali tagozatán tanulmányokat folytató vér szerinti gyermek, mostohagyermek és a Ptk. szerinti gyermekvédelmi nevelőszülő által e jogviszonya keretében nevelt gyermek kivételével a nevelt gyermek;
- korhatárra tekintet nélkül a tartósan beteg, az autista, illetve a testi, érzékszervi, értelmi vagy beszéd fogyatékos vér szerinti, örökbe fogadott, mostoha-, illetve nevelt gyermek, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt.

Neve és születési neve	Születési helye és ideje	Anyja neve	Társadalombiztosítási Azonosító Jele (TAJ)
1.			- - Rokoni kapcsolat:
2.			- - Rokoni kapcsolat:
3.			- - Rokoni kapcsolat:
4.			- - Rokoni kapcsolat:
5.			- - Rokoni kapcsolat:
6.			- - Rokoni kapcsolat:

4. Az ápolást, gondozást végző családjának jövedelmi adatai

A jövedelem típusa	Kérelmező	A kérelmező családjában élő közeli hozzátartozók					
		1.	2.	3.	4.	5.	6.
1. Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó ebből: közfoglalkoztatásból származó							
2. Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó							
3. Táppénz, gyermekgondozási támogatások							
4. Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások							
5. Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások							
6. Egyéb jövedelem							
7. Fizetett tartásdíj összege							
8. Összes jövedelem							

* (Az ügyintéző tölti ki!)

* A család havi összjövedelme: _____ Ft. Az egy főre jutó havi jövedelem: _____ Ft.

5. Egyéb nyilatkozatok

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy

a) életvitelszerűen a lakóhelyemen / a tartózkodási helyemen élek, *(megfelelő rész aláhúzendő)*

b) a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

☐

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

☐

Kijelentem, hogy az ápolási támogatás megállapítása iránti kérelmemnek teljes egészében helyt adó döntés elleni fellebbezési jogomról lemondok.

Kelt: Kisbér, _____

a kérelmező aláírása

Csatolandó mellékletek:

A lakhatási támogatás megállapításához mellékelni kell a háztartás tagjai, előző havi jövedelmének, rendszeres pénzellátásának hitelt érdemlő igazolását (munkáltatói jövedelemigazolás, vagy részletes bérlap, a nyugdíjfolyósító megállapító határozata, vagy tárgyévi összegről értesítő levél, kapott tartásdíj összegéről nyilatkozat stb.).

Amennyiben a kérelmező, a nagykorú közeli hozzátartozója, vagy a háztartásában életvitelszerűen vele együtt lakó nagykorú más személy rendszeres jövedelemmel nem rendelkezik úgy az erről szóló nyilatkozattal együtt kérelméhez csatolni kell a Járási Hivatal Foglalkoztatási Osztályának igazolását arról, hogy a nevezett személyek regisztrált álláskereső és ellátásban nem részesültek.

IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY

települési ápolási támogatás megállapításához

(Az ápolat személy háziiorvosa tölti ki.)

I. Igazolom, hogy

Neve: _____

Születési neve: _____

Anyja neve: _____

Születési helye, ideje: _____

Lakóhelye: _____

Tartózkodási helye: _____

(A lakóhely és a tartózkodási hely megadásakor a lakcímnnyilvántartásba bejelentett lakóhelyet, tartózkodási helyet kell feltüntetni!)

Társadalombiztosítási Azonosító Jele (TAJ): - -

TARTÓSAN BETEG*

II. Szakvéleményem szerint a fent nevezett személy betegsége miatt állandó és tartós gondozásra szorul.

A gondozás várható időtartama:

☐ 3 hónapnál hosszabb, vagy

☐ 3 hónapnál rövidebb.

Kelt: _____

a háziiorvos aláírása

P.H.

* Kisbér Város Önkormányzatának Képviselő-testülete, szociális és gyermekvédelmi ellátásokról szóló 20/2020. (X.09.) számú önkormányzati rendelete, 10. § (2) bekezdésének b) pontja értelmében, **tartósan beteg az a személy, aki előre láthatólag három hónapnál hosszabb időtartamban állandó ápolást, gondozást igényel.**

NYILATKOZATOK
szociális ellátások igényléséhez

Alulírott,

Név: _____

Lakcím: _____

BÜNTETŐJOGI FELELŐSSÉGEM TUDATÁBAN

1. Kijelentem, hogy a családom / háztartásom az alábbi jövedelemmel rendelkezik:

2. Kijelentem, hogy jövedelemmel jelenleg nem rendelkezem:

Név: _____ Aláírás: _____

Név: _____ Aláírás: _____

Név: _____ Aláírás: _____

Név: _____ Aláírás: _____

3. Kijelentem, hogy (amennyiben egyedülálló, szíveskedjen a megfelelőt jelölni):

☐ hajadon ☐ nőtlen ☐ özvegy ☐ elvált ☐ házastársamtól különélő

vagyok, és jelenleg nincs élettársam.

4. Kijelentem, hogy gyermeke(i)m:

(Gyermekek neve:) _____

után gyermektartásdíjat kapok ☐. Összege: _____ Ft.

után gyermektartásdíjat nem kapok ☐.

Ezt a nyilatkozatot a Kisbéri Közös Önkormányzati Hivatalnál kívánom felhasználni, szociális ellátás igénylése céljából.

Kelt: Kisbér, _____

a nyilatkozó aláírása

Kisbéri Közös Önkormányzati Hivatal Jegyzőjétől
Kisbér, Széchenyi u. 2.

Ikt. szám: _____

J E G Y Z Ó K Ö N Y V

Készült: _____ napján.

_____ szám alatti lakosnál.

Jelen vannak: Kovács Csabáné - ügyintéző

Tárgy: Kisbér Város Önkormányzat Képviselő-testületének, az egyes szociális és gyermekvédelmi ellátási formák helyi szabályozásáról szóló, 20/2020. (X.09.) önkormányzati rendelete 6. § (2) bekezdése szerint, a lakókörnyezet rendezettségének ellenőrzése.

Az ellenőrzés során az alábbiak kerültek megállapításra:

K. m. f.

_____	_____
_____	_____
_____	_____

