***ADATLAP
az ápolási díj felülvizsgálatára***

**A Hivatal tölti ki!**

# ELLENŐRIZTEM

Dátum:

Aláírás:

**A Hivatal tölti ki!**

Érk.dátum:

Érk. szám:

Aláírás:

Melléklet:

1. .Jogosultsággal rendelkező 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: *.....................................................................................................*

*/Amennyiben lakóhelye és tartózkodási helye is van, X-szel jelölje, hogy melyik címen él életvitelszerűen./*

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. Elérhetőségek:

 Telefonszám :………………………………..………………………

 E-mail cím :………………………………..………………………

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. Kijelentem, hogy

1.2.1. keresőtevékenységet:

1.2.1.1. □ nem folytatok,

1.2.1.2. □ napi 4 órában folytatok,

1.2.1.3. □ otthonomban folytatok;

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

 □ nappali tagozaton tanulói, hallgatói jogviszonyban állok;

1.2.3. rendszeres pénzellátásban

1.2.3.1. □ részesülök és annak havi összege:………………

1.2.3.2. □ nem részesülök, de részemre más rendszeres pénzellátás megállapítására irányuló eljárás van folyamatban,

1.2.3.3. □ nem részesülök és részemre más rendszeres pénzellátás megállapítására irányuló eljárás nincs folyamatban;

1.2.3.4. □ tartós ápolást végzők időskori támogatásában részesülök

1.2.3.5. □ tartós ápolást végzők időskori támogatásában nem részesülök

1.2.4. az ápolási tevékenységet:

1.2.4.1. □ a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen,

1.2.4.2. □ az ápolt személy lakóhelyén/tartózkodási helyén végzem

 (a megfelelő aláhúzandó).

1.3. Kérjük, jelölje, ha az ápolt személy:

 □ köznevelési 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 cselekvőképtelen vagy cselekvőképességében teljesen korlátozott, a 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 díjra való jogosultsággal rendelkező hozzátartozóm végezze.

2.2.2. □ Hozzájárulok ahhoz, hogy az állandó és tartós ápolási, gondozási igény, illetve a fokozott ápolási igény megállapításához szükséges vizsgálatokat elvégezzék.

2.2.3. □ Amennyiben a szakértői vizsgálat alapján az ápolt személy esetében fokozott gondozási szükséglet áll fenn, kérem részemre az emelt összegű ápolási díj megállapítását.

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| ……………………………….. |  ……………………………….. |  |
|  ápolást végző személy aláírása |  ápolt személy vagy törvényes képviselője |  |
|  | aláírása |  |

***IGAZOLÁS
a gyermekek otthongondozási díja, illetve az ápolási díj megállapításához vagy kötelező felülvizsgálatához***

*(Az ápolt személy háziorvosa, házi gyermekorvosa tölti ki.)*

I. Igazolom, hogy

Neve: ...............................................................................................................................

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

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

Születési hely, év, hó, nap: ..............................................................................................

Lakóhely: .........................................................................................................................

Tartózkodási hely: .............................................................................................................

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

□ **Súlyosan fogyatékos**

[súlyos fogyatékosságának jellege:

□ látássérült □ hallássérült □ értelmi sérült □ autista □ mozgássérült], vagy

□ **Tartósan beteg [**csak akkor jelölhető, ha előreláthatólag három hónapnál hosszabb időtartamban állandó ápolást, gondozást igényel], vagy

□ Súlyos fogyatékossága vagy tartós betegsége **nem állapítható meg.**

Fenti igazolást nevezett részére

a rehabilitációs hatóságként eljáró ..................................................... (szerv megnevezése) ................................... számú határozata, szakhatósági állásfoglalása vagy szakvéleménye, vagy a ............................................................................................................. megyei gyermek szakfőorvos .................... számú igazolása, vagy ........................... fekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézmény ....................................................... szakrendelő intézet szakorvosa által kiadott .................... keltű igazolás/zárójelentés, vagy a .............................. megyei, pedagógiai szakszolgálatként működő bizottság ................................... számú szakvéleménye alapján állítottam ki.

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

................................................
háziorvos (házi gyermekorvos) aláírása
................................................
munkahelyének címe

***Igazolás a gyermekek otthongondozási díja, valamint az ápolási díj megállapításához***

Igazolom, hogy ................................................................................................................... (név)

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

Születési hely, év, hó, nap: ..........................................................................................................

Lakóhely: .....................................................................................................................................

Tartózkodási hely: .......................................................................................................................

„A” köznevelési intézmény tanulója,

„B” óvodai nevelésben részesül,

„C” nappali szociális intézményi ellátásban részesül,

„D” felsőoktatási intézmény hallgatója.

Az intézmény megnevezése: .......................................................................................................

Az „A” pontban foglalt esetben az intézményben eltöltött idő a nemzeti köznevelésről szóló törvényben a köznevelési intézményben való kötelező tartózkodásra meghatározott időtartamot

|  |  |
| --- | --- |
|  meghaladja |  nem haladja meg. |

A „B”-„C” pontban foglalt esetben az intézmény igénybevételének, illetőleg a „D” pont szerinti esetben az intézmény látogatási kötelezettségének időtartama átlagosan a napi 5 órát

|  |  |
| --- | --- |
|  meghaladja |  nem haladja meg. |

Az „A”-„D” pontban foglalt intézmény igénybevétele az ápolást végző személy rendszeres közreműködését

|  |  |
| --- | --- |
|  szükségessé teszi |  nem teszi szükségessé. |

Dátum: ...................................................

P. H.

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

intézményvezető