

érkeztetés szám: SZOC-...../2023.

előzményszám/üi.:



**NYÍREGYHÁZA
MEGYEI JOGÚ VÁROS
POLGÁRMESTERI HIVATALA**

SZOCIÁLIS ÉS KÖZNEVELÉSI OSZTÁLY

4401 NYÍREGYHÁZA, KOSSUTH TÉR 1. PF.: 83.
TELEFON: +36 42 524-585; FAX: +36 42 524-586
E-MAIL: NYHSZOC@NYIREGYHAZA.HU

K É R E L E M

MÉLTÁNYOSSÁGI ÁPOLÁSI DÍJ vagy

KIEGÉSZÍTŐ ÁPOLÁSI DÍJ

FELÜLVIZSGÁLATÁHOZ

(*a kérelmezett támogatás aláhúzendő)

I. Az ápolást végző személyre vonatkozó adatok

1. Személyes adatok:

Neve:.....

Születési neve:.....

Anyja neve:.....

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

Lakóhelye:.....

Tartózkodási helye:.....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Adóazonosító jele:.....

Állampolgársága:.....

A kérelmező idegenrendészeti státusza:

(nem magyar állampolgárság esetén)

szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, vagy

EU kék kártyával rendelkező, vagy

bevándorolt /letelepedett, vagy

menekült/oltalmazott/hontalan.

Az ápolttal való rokoni kapcsolat:

Kérelmező telefonszáma:

2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok

a) A méltányossági ápolási díj megállapítását arra való tekintettel kérem, hogy az ápolttal személy:

* 18. életévét betöltött tartósan beteg

* halmozottan fogyatékos személy

b) A halmozottan fogyatékos személyt ápoló részére nyújtott kiegészítő támogatás megállapítását azért kérem, mert az ápolttal személy:

• *súlyosan fogyatékos

• *fokozott ápolást igénylő súlyosan fogyatékos és a Járási Hivatal emelt összegű ápolási díjat állapított meg

• *jelentős egészségkárosodással rendelkező önellátásra nem vagy csak részben képes vagy

• *súlyos betegsége vagy fogyatékosága miatt magasabb összegű családi pótlékra jogosult, s a Járási Hivatal kiemelt ápolási díjat állapított meg

(*kívánt részt aláhúzendő !)



**NYÍREGYHÁZA
MEGYEI JOGÚ VÁROS
POLGÁRMESTERI HIVATALA**

SZOCIÁLIS ÉS KÖZNEVELÉSI OSZTÁLY

4401 NYÍREGYHÁZA, KOSSUTH TÉR 1. PF.: 83.
TELEFON: +36 42 524-585; FAX: +36 42 524-586
E-MAIL: NYHSZOC@NYIREGYHAZA.HU

Fogyatékoságának jellege:

- Látássérült
- Hallássérült
- Mozgássérült
- Értelmi sérült

(A megfelelő rész aláhúzendő)

c) Kijelentem, hogy

keresőtevékenységet

- 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 ápolási tevékenységet:**
 - a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen
 - az ápolat személy lakóhelyén/tartózkodási helyén végzem.
- **életvitelszerűen a lakóhelyemen vagy tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzendő)**

d) Az ápolat személy:

- közoktatási intézmény tanulója, nappali szociális intézményi ellátásban részesül,
- felsőoktatási intézmény hallgatója.

**A KÉRELMEZŐVEL EGY LAKÁSBAN EGYÜTT ÉLŐ – OTT BEJELENTETT LAKÓHELYEL VAGY TARTÓZKODÁSI HELLYEL
RENDELKEZŐ- KÖZELI HOZZÁTARTOZÓK, AZAZ A CSALÁD TAGJAINAK ADATAI:**

	A	B	C	D	E	F	G
1.	Közeli hozzátartozó neve (születési neve)	Anyja neve	Születési helye, ideje (év, hónap, nap)	Társadalombiztosítási azonosító jele	Családi kapcsolat megnevezése	Közeli hozzátartozó születési ideje	Megjegyzés*
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							

* Ebben az oszlopban kell feltüntetni, ha

- a 20 évesnél fiatalabb gyermek nem jár oktatási intézménybe, de önálló keresettel még nem rendelkezik,
- a 18. életévét be nem töltött gyermek vonatkozásában a vér szerinti és az örökbe fogadó szülőt, illetve a szülő házastársát vagy élettársát, valamint a testvért.
- 23 évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, nappali oktatás munkarendje szerint tanulmányokat folytató gyermeket,
- 25 évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, felsőoktatási intézmény nappali tagozatán tanulmányokat folytató gyermeket,
- életkortól függetlenül a gyermek tartós betegségének vagy fogyatékoságának fennállását, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt.



A kérelmező lakásának használati jogcíme: tulajdonjog, bérlet, albérlet, haszonélvezet, egyéb:

.....
A lakás nagysága: m², fenntartási költsége: ,-Ft/hó.

JÖVEDELEM-NYILATKOZAT

(Jövedelmek esetében a tájékoztatóban leírt dokumentumokat kérjük csatolni!)

A jövedelem típusa	Kérelmező jövedelme	Házastárs/élettárs jövedelme	A családban élő további közeli hozzátartozó(k) jövedelme
1.) Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó jövedelem ebből közfoglalkozatásból származó			
2.) Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó jövedelem			
3.) Táppénz, gyermekgondozási támogatások			
4.) Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres ellátás			
5.) Önkormányz-t és munkaügyi szervek által folyósított ellátás			
6.) Egyéb jövedelem			
7.) Összes jövedelem			

Egy hónapra jutó nettó jövedelem:Ft

Egy főre jutó nettó havi jövedelem: Ft

A KÉRELEM RÖVID INDOKOLÁSA

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



Az ápolts személyre vonatkozó adatok

1. Személyes adatok:

Neve:.....

Születési neve:.....

Anyja neve:.....

Születési hely, idő (év, hó, nap):

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:.....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Az ápolts telefonszáma: (*nem kötelező megadni).....

Ha az ápolts személy nem cselekvőképés, a törvényes képviselő neve:

A törvényes képviselő lakcíme:.....

Ha az ápolts személy cselekvőképtelen vagy cselekvőképességében teljesen korlátozott, a törvényes képviselő neve:

2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat

- Egyetértek azzal, hogy az otthoni ápolásomat, gondozásomat a méltányossági ápolási díjat kérelmező hozzátartozóm végezze.
- Hozzájárulok ahhoz, hogy az önkiszolgáló képességem megítéléséhez, ezzel összefüggésben az ápolási igény megállapításához szükséges vizsgálatokat elvégezzék.

Hozzájárulok, hogy személyes és különleges adataimat a Polgármesteri Hivatal számítógépes adatbázisában rögzítsék és azokat az méltányossági ápolási díj és kiegészítő ápolási díjmegállapításával és folyósításával összefüggően más — az ügyben hatáskörrel rendelkező — államigazgatási szervek, illetve a határozatban megjelölendő gazdálkodó szervezet tudomására hozzák. Hozzájárulok, hogy az adóazonosító jeletem a jegyzői nyilvántartás tartalmazza. Az adatkezeléssel kapcsolatban bővebb információ a varoshaza.nyiregyhaza.hu weboldalon elérhető.

Dátum: 20.....

.....
az ápolást végző személy aláírása

.....
az ápolts személy vagy törvényes
képviselőjének aláírása