***Szekszárd Megyei Jogú Város***

***Polgármesteri Hivatala***

Iktatóbélyegző helye:

***Humánszolgáltatási Igazgatóság***

***Szociális Osztály***

***7100 Szekszárd, Vörösmarty u. 5.***

***Tel:74/ 311-630, Tel/fax:74/ 319-051***

Érkezett:

**Ügyfélfogadási idő: Hétfő és Szerda 8,00 – 16,00 óráig**

***KÉRELEM***

 ***Települési ápolási támogatás megállapítására***

***I. Az ápolást végző személyre vonatkozó adatok***

***1.* *Személyes adatok***

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Adóazonosító jele:

Állampolgársága:

Az ápolt személlyel való rokoni kapcsolat:

Telefonszám (nem kötelező megadni):

Fizetési számlaszám (akkor kell megadni, ha a folyósítást fizetési számlaszámra kéri):

A fizetési számlát vezető pénzintézet neve:

Hozzájárulok, hogy a telefonszámomat az adatkezelő abból a célból kezelje, hogy a kérelmemmel kapcsolatosan engem elérjen és tájékoztasson. Hozzájárulok továbbá ahhoz, hogy a fizetési számlaszámomat az adatkezelő a támogatás folyósítása céljából kezelje.

Megértettem az adatkezelő tájékoztatását, miszerint ezen adataim törlését bármikor kérhetem az adatkezelőhöz intézett erre irányuló kérelmemben. Az adatkezelő e kérelmem beérkezését követően, a hozzájárulásommal megadott adataimat haladéktalanul törli.

A kérelmező idegenrendészeti státusza (nem magyar állampolgár esetén):

* szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, vagy
* EU kék kártyával rendelkező, vagy
* bevándorolt/letelepedett, vagy
* menekült/oltalmazott/hontalan.

***2.* *Jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok:***

1. A települési ápolási támogatás megállapítását arra való tekintettel kérem, hogy az ápolt személy:

 18. életévét betöltött tartósan beteg

*b)* 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 ápolt személy lakóhelyén/tartózkodási helyén

végzem.

– életvitelszerűen a lakóhelyemen vagy tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzandó)

*c)* Az ápolt személy:

 közoktatási intézmény tanulója,

 nappali szociális intézményi ellátásban részesül,

 felsőoktatási intézmény hallgatója.

*d)* A települési ápolási támogatást igénylő hozzátartozón kívül az ápolt családjában folyamatosan otthon tartózkodó, rendszeres pénzellátással rendelkező személy:

* van:………………………………………..
* nincs.

***II. Az ápolt személyre vonatkozó adatok***

***1.* *Személyes adatok***

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

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

A törvényes képviselő lakcíme:

***2.* *Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat***

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

Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt és kötelezően megadott személyes adataimat az adatkezelő a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény szerint, jogszabályi kötelezettség teljesítése alapján kezeli.

Kelt: ..................................................................................

*................................................................      .............................................................................*

     ápolást végző személy aláírása    ápolt személy vagy törvényes képviselője

aláírása

**Tájékoztató**

**a kérelem kitöltéséhez**

A megfelelő választ X-szel kell jelölni, illetve a hiányzó adatokat kitölteni.

*Nem jogosult települési ápolási támogatásra a hozzátartozó* ha:

– keresőtevékenységet folytat és munkaideje – az otthon történő munkavégzés kivételével – a napi 4 órát meghaladja,

– szakiskola, középiskola rendszerű képzésnek tanulója, illetve felsőoktatási intézmény nappali képzésben részt vevő hallgatója,

– rendszeres pénzellátásban részesül, és annak összege meghaladja a települési ápolási támogatás összegét, ide nem értve azt a táppénzt, amelyet a települési ápolási támogatás folyósításának időtartama alatt végzett keresőtevékenységből adódó biztosítási jogviszony alapján – keresőképtelenné válás esetén – folyósítanak,

* családjában az egy főre jutó havi jövedelem meghaladja az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének 150%-át,
* az ápolt családjában más, folyamatosan otthon tartózkodó, rendszeres pénzellátással rendelkező személy van, aki az ápolási, gondozási feladatokat el tudná végezni,
* az ápolt személy két hónapot meghaladó fekvőbeteg-gyógyintézeti, valamint nappali ellátást nyújtó vagy bentlakásos szociális intézményi ellátásban részesül, illetve köznevelési intézmény tanulója vagy felsőoktatási intézmény nappali képzésben részt vevő hallgatója, kivéve, ha

aa)a köznevelési intézményben eltöltött idő a nemzeti köznevelésről szóló törvényben a köznevelési intézményben való kötelező tartózkodásra meghatározott időtartamot nem haladja meg,

ab) a nappali ellátást nyújtó szociális intézmény igénybevételének, illetve a felsőoktatási intézmény látogatási kötelezettségének időtartama átlagosan a napi 5 órát nem haladja meg,

ac) a köznevelési, illetve a felsőoktatási intézmény látogatása, vagy a nappali ellátást nyújtó szociális intézmény igénybevétele csak az ápolást végző személy rendszeres közreműködésével valósítható meg,

* az ápolt személy nem Szekszárd Megyei Jogú Város közigazgatási területén rendelkezik lakóhellyel, tartózkodási hellyel, illetve életvitelszerűen nem ott lakik.

*Rendszeres pénzellátásnak minősül:* a táppénz, a csecsemőgondozási díj, a gyermekgondozási díj, az öregségi nyugdíj, a korhatár előtti ellátás, a szolgálati járandóság, a táncművészeti életjáradék, az átmeneti bányászjáradék, a megváltozott munkaképességű személyek ellátásai, az öregségi járadék, a munkaképtelenségi járadék, az özvegyi járadék, a növelt összegű öregségi, munkaképtelenségi és özvegyi járadék, az özvegyi nyugdíj – kivéve az ideiglenes özvegyi nyugdíjat, továbbá a házastársa jogán árvaellátásra jogosult fogyatékkal élő, illetve tartósan beteg vagy legalább két árvaellátásra jogosult gyermek eltartásáról gondoskodó személy özvegyi nyugdíját –, a baleseti táppénz, a hozzátartozói baleseti nyugellátások, az Flt. alapján folyósított pénzbeli ellátás, a bányászok egészségkárosodási járadéka, a rokkantsági járadék, a hadigondozottak és nemzeti gondozottak pénzbeli ellátásai, a gyermekgondozást segítő ellátás, a gyermekgondozási segély, a gyermeknevelési támogatás, az időskorúak járadéka, a foglalkoztatást helyettesítő támogatás, az egészségkárosodási és gyermekfelügyeleti támogatás, az ápolási díj, a tartós ápolást végzők időskori támogatása, a nemzeti helytállásért elnevezésű pótlék, a közszolgálati járadék, valamint az uniós rendeletek alapján külföldi szerv által folyósított egyéb azonos típusú ellátás.

*A kérelem 2. c) pontját* abban az esetben kell kitölteni, ha az ápolt személy köznevelési intézmény tanulója, nappali ellátást nyújtó vagy bentlakásos szociális intézményi ellátásban részesül vagy felsőoktatási intézmény nappali képzésben részt vevő hallgatója. Az erről szóló igazolást a kérelemhez csatolni kell.

A kérelemhez minden esetben mellékelni kell a háziorvos igazolását.

**IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY**

**a települési ápolási támogatás megállapításához/felülvizsgálatához**

*(Az ápolt személy háziorvosa tölti ki.)*

Igazolom, hogy

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

 **Tartósan beteg**

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: ............................................................

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

háziorvos aláírása

munkahelyének címe

P. H.

**Igazolás a települési ápolási támogatás megállapításához**

Igazolom, hogy      (név)

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

„A” köznevelési intézmény tanulója,

„B” nappali ellátást nyújtó vagy bentlakásos szociális intézményi ellátásban részesül,

„C” felsőoktatási intézmény nappali képzésében részt vevő 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” pontban foglalt esetben az intézmény igénybevételének, illetőleg a „C” pont szerinti esetben az intézmény látogatási kötelezettségének időtartama átlagosan a napi 5 órát:

    meghaladja      nem haladja meg.

Az „A”–,,C” pontban foglalt intézmény igénybevétele, illetve az intézmény látogatása az ápolást végző személy rendszeres közreműködését:

    szükségessé teszi     nem teszi szükségessé.

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

P. H.

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

intézményvezető

.