***Melléklet települési ápolási díj megállapításához***

Az ápolást végző személyre vonatkozó adatok

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

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

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

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

Lakóhelye: ...........................................................................................................................

Tartózkodási helye: ..............................................................................................................

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

Adóazonosító jele: ................................................................................................................

Állampolgársága: ..................................................................................................................

Az ápolt személlyel való rokoni kapcsolata: ..............................................................................

Telefonszám (nem kötelező megadni): ....................................................................................

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 (a megfelelő aláhúzandó);

□ életvitelszerűen a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzandó).

Az ápolt személyre vonatkozó adatok

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

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

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

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

Lakóhelye: ...........................................................................................................................

Tartózkodási helye: ..............................................................................................................

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

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

A törvényes képviselő lakcíme: ...............................................................................................

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

Kelt: …………………………………………

………………………………………………..

az ápolást végző személy aláírása

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

Kelt: …………………………………………

………………………………………………..

az ápolt aláírása

***IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY   
az ápolási díj megállapításához***

*(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

Fenti igazolást nevezett részére

a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal vagy a rehabilitációs szakigazgatási szerv .................... számú 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 Tanulási Képességet Vizsgáló Szakértő Bizottság .................... számú szakvéleménye alapján állítottam ki.[268](http://www.complex.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0600063.KOR#lbj268param)

Szakvéleményem szerint a fent nevezett személy fogyatékossága/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.