

**KÉRELEM**  
**az ápolási célú települési támogatás megállapítására**

*I. Az ápolást végző személyre vonatkozó adatok*

*1. Személyi adatok*

Neve: .....  
Születési neve: .....  
Anyja neve: .....  
Születési hely, év, hó, nap: .....  
Lakóhely: .....  
Tartózkodási hely: .....  
Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....  
Adóazonosító jele: .....  
Az ápolat személlyel való rokoni kapcsolat: .....  
Telefonszám (nem kötelező megadni): .....  
Bankszámlaszám (akkor kell megadni, ha a folyósítást bankszámlára kéri): .....  
A folyószámlát vezető pénzintézet neve: .....

*2. 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 aláhúzendó)

*II. Az ápolat személyre vonatkozó adatok*

*1. Személyi adatok*

Neve: .....  
Születési neve: .....  
Anyja neve: .....  
Születési hely, év, hó, nap: .....  
Lakóhely: .....  
Tartózkodási hely: .....

Ha az ápolat személy nem cselekvőképes, a törvényes képviselő neve: .....

A törvényes képviselő lakcíme: .....

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

Dátum: .....

.....

az ápolást végző személy aláírása

.....

.....

az ápolat személy vagy törvényes képviselője  
aláírása

**IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY**  
**az ápolási célú települési támogatás megállapításához/kötelező felülvizsgálatához**

(Az ápolat személy háziorvosa tölti ki.)

**I. Igazolom, hogy**

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, év, hó, nap: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

☐ Súlyosan fogyatékos

súlyos fogyatékoságának jellege: ☐ látássérült ☐ hallássérült ☐ értelmi sérült ☐ mozgássérült,  
vagy

☐ 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.

**II. Szakvéleményem szerint a fent nevezett személy fogyatékosága/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.

Tájékoztató  
a háziorvosi igazolás és szakvélemény kitöltéséhez

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

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 41. § (3) bekezdése szerint az ápolási célú települési támogatásra való jogosultság szempontjából:

*1. Súlyosan fogyatékos személy az, akinek*

a) segédeszközzel vagy műtéti úton nem korrigálható módon látóképessége teljesen hiányzik, vagy aliglátóként minimális látásmaradvánnyal rendelkezik, és ezért kizárólag tapintó-halló életmód folytatására képes,

b) hallásvesztése olyan mértékű, hogy a beszédnek hallás útján történő megértésére és spontán elsajátítására segédeszközzel sem képes, és halláskárosodás miatt a hangzó beszéd érthető ejtése elmarad,

c) értelmi akadályozottsága genetikai, illetőleg magzati károsodás vagy szülési trauma következtében, továbbá tizennegyedik életévét megelőzően bekövetkező súlyos betegség miatt közép súlyos vagy annál nagyobb mértékű, továbbá aki IQ értékétől függetlenül a személyiség egészét érintő (pervazív) fejlődési zavarban szenved, és az autonómiai tesztek alapján állapota súlyosnak vagy közép súlyosnak minősíthető (BNO szerinti besorolása: F84.0-F84.9),

d) mozgásszervi károsodása, illetőleg funkciózavara olyan mértékű, hogy helyváltoztatása a külön jogszabályban meghatározott segédeszköz állandó és szükségszerű használatát igényli, vagy állapota miatt helyváltoztatásra még segédeszközzel sem képes, vagy végtaghiánya miatt önmaga ellátására nem képes és állandó ápolásra, gondozásra szorul.

*2. Tartósan beteg az a személy, aki előreláthatólag három hónapnál hosszabb időtartamban állandó ápolást, gondozást igényel.*