

4. számú melléklet a 63/2006. (III. 27.) Korm. rendelethez
KÉRELEM

az ápolási díj 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 ápolott személlyel való rokoni kapcsolat:
Telefonszám (nem kötelező megadni):
Bankszámlaszám (akkor kell megadni, ha a folyósítást bankszámlára kéri):
A folyószámlát vezető pénzintézet neve:

2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok

a) Az ápolási díj megállapítását arra való tekintettel kérem, hogy az ápolott személy:

- súlyosan fogyatékos
- fokozott ápolást igénylő súlyosan fogyatékos
- 18 éven aluli tartósan beteg
- 18. életévét betöltött tartósan beteg

Ha a fokozott ápolást igénylő súlyosan fogyatékos személyre való tekintettel kérem a magasabb összegű ápolási díj megállapítását, egyben tudomásul veszem az ezzel kapcsolatos vizsgálat elvégzésének szükségességét.

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 ápolott személy lakóhelyén/tartózkodási helyén végzem.

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

c) Az ápolott személy:

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

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:

2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat

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

Hozzájárulok ahhoz, hogy az önkiszolgáló képességem megítéléséhez, ezzel összefüggésben a fokozott ápolási igény megállapításához szükséges vizsgálatokat elvégezzék. (Ezt csak akkor kell jelezni, ha az ápolat személy súlyosan fogyatékos és fokozott ápolást igényel.)

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

5. számú melléklet a 63/2006. (III. 27.) Korm. rendelethez

**IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY
az ápolási díj 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

az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet fokú szakértői
bizottságának számú 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 díjra 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 középsúlyos 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 középsúlyosnak 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.

NYILATKOZAT

Alulírott.....(név)

4822 Nyírparasznya.....út.....szám

alatti lakos nyilatkozom, hogy a közigazgatási hatósági eljárás és szolgáltatás általános szabályairól szóló **2004.évi CXL. törvény 29.§. (9) bekezdése értelmében kérem/nem kérem 5 munkanapon belül** értesítés megküldését az eljárás megindításáról.

Nyírparasznya, 2010.....

.....
Nyilatkozat aláírása