

KÉRELEM
az ápolási díj megállapítására

I. Az ápolást végző személyre vonatkozó adatok

1. Személyi adatok:

Neve :
Születési neve:
Anyja neve:
Születési hely, idő:
Lakóhely:
Tartózkodási hely:
Társadalombiztosítási Azonosító Jele:
Adóazonosító jele:
Ápolt személlyel való rokonsági kapcsolat:
Telefonszám:

2. Jogosultság feltételeire vonatkozó adatok

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

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

- kereső tevékenységet:

- nem folytatok
- napi 4 órában folytatok
- otthonomban folytatok
- nappali tagozaton tanulói, hallgatói jogviszonyban nem állok

- rendszeres pénzellátásban

- részesülök, és annak havi összege: _____ Ft
- 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,
- 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, idő:

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 kéremező közeli 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.)

Dátum:

az ápolást végző személy aláírása

az ápolat személy vagy törvényes képviselője aláírása

* A megfelelő választ X-szel kell jelölni, illetve a hiányzó adatot kitölteni!

Igazolás az ápolási díj megállapításához

Igazolom, hogy(név),
anyja neve:
született:
lakcíme:

"A" közoktatási intézmény tanulója,
"B" óvodai nevelésben részesül,
"C" nappali szociális intézményi ellátásban részesül,
"D" felsőoktatási intézmény hallgatója. *

Az intézmény megnevezése:
.....
.....

Az "A" pontban foglalt esetben az intézményben eltöltött idő a kötelező tanórai foglalkozások időtartamát

megaladja

nem haladja meg.*

A "B"- "C" pontban foglalt esetben az intézmény igénybevételének, illetőleg a "D" pont szerinti esetben az intézmény látogatási kötelezettségének időtartama alatt átlagosan a napi 5 órát

megaladja

nem haladja meg.*

Az "A"- "D" pontban foglalt intézmény igénybevétele az ápolást végző személy rendszeres közreműködését

teszi szükségessé

nem teszi szükségessé.*

Dátum:

P.H.

intézményvezető

A *-gal jelölt megfelelő rész aláhúzendó!

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, idő:
Lakóhely:
Tartózkodási hely:
Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

1. Súlyosan fogyatékos

súlyos fogyatékoságának jellege:

látássérült

értelmi sérült

vagy tartósan beteg

hallássérült

mozgássérült

Fenti igazolást nevezett részére az Országos Orvosszakértői Intézet fokú Orvosi Bizottságának számú szakvéleménye, vagy a megyei gyermek szakfőorvos számú igazolása, vagy fekvőbeteg- szakellátást nyújtó intézmény szakrendelő intézet szakorvosa által kiadottszámú igazolás / zárójelentés, vagy a Tanulási Képességet Vizsgáló Szakértő Bizottság számú szakvéleménye alapján állítottam ki.

2. Szakvéleményem szerint a fent nevezett személy fogyatékosága / betegsége miatt állandó és tartós gondozásra szorul.

A gondozás várható időtartama:

3 hónapnál hosszabb

3 hónapnál rövidebb

Lőrinci,

P.H.

házi orvos aláírása, munkahelyének címe

* A megfelelő választ X-szel jelölni, illetve a hiányzó adatot kitölteni.