

**Bugyi Nagyközség Polgármesteri Hivatala**  
**2347 Bugyi, Beleznay tér 1.**  
**Tel.: 06-29/547-506**  
**Fax: 06-29/348-464**

---

**ÁPOLÁSI DÍJ MEGÁLLAPÍTÁSA IRÁNTI KÉRELEM**

**Ápoló adatai:**

Neve: \_\_\_\_\_ lánykori neve: \_\_\_\_\_

Születési hely, \_\_\_\_\_ idő: \_\_\_\_\_

Anyja neve: \_\_\_\_\_ családi állapota: \_\_\_\_\_

Állandó lakcíme: \_\_\_\_\_

Tartózkodási helye és bejelentés időpontja: \_\_\_\_\_

TAJ szám  Adóazonosító jel:

Az ápolást ellátó személy az ápolat \_\_\_\_\_ (rokonsági fok)

**Ápoló nyilatkozata:** (megfelelő válasz aláhúzendó)

Alulírott nyilatkozom, hogy

**A** rendszeres pénzellátásban **részesülök** **nem részesülök**

**B** kereső tevékenységet **folytatok** **nem folytatok**

A munkavégzés helye:.....időtartama.....óra/nap.

**C** közoktatási intézmény nappali tagozatán **tanulok** **nem tanulok**

**D** közös háztartásban élő gyermek után a szülő bármelyike TGYÁS, GYED, vagy GYET-ben

**részesül** **nem részesül**

***Rendszeres pénzellátásnak minősül:***

A táppénz, a terhességi-gyermekágyi segély, a gyermekgondozási díj, az öregségi nyugdíj, 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 legalább két árvaellátásra jogosult gyermek eltartásáról gondoskodó személy özvegyi nyugdíját -, a baleseti táppénz, a baleseti rokkantsági nyugdíj, a hozzátartozói baleseti nyugellátás, a FLT. alapján folyósított pénzbeli ellátás, az átmeneti járadék, a rendszeres szociális járadék, a bányászok egészségkárosodási járadéka, rokkantsági járadék, a hadigondozottak és nemzeti gondozottak pénzbeli ellátásai, a gyermekgondozási segély, a gyermeknevelési támogatás, az időskorúak járadéka, a munkanélküliek jövedelem pótló támogatása, a rendszeres szociális segély, a nemzeti helytállásért elnevezésű pótlék.

**Ápolásra szoruló személy adatai:**

Neve (leánykori neve)\_\_\_\_\_

Születési,helye, ideje:\_\_\_\_\_

Tartózkodási helye, bejelentkezés időpontja:\_\_\_\_\_

Foglalkozása:\_\_\_\_\_ Jövedelme:\_\_\_\_\_

**Nyilatkozat az együtt élő családtagokról, és jövedelmekről**

Rokonsági fok	Név	Születési hely	Szül.idő év-hó-nap	Anyja neve	Jövedelme

**Ingtalan adatai amelyben az ápoló lakik**

Ingtalan alapterülete:.....m<sup>2</sup> szobáinak száma:.....

Komfortfokozata: összkomfort, komfortos, komfort nélküli (megfelelő rész aláhúzendó)

Lakáshasználat jogcíme: tulajdonos, tulajdonos rokona, főbérlő, főbérlő rokona, albérlő, ágybérlő, jogcím nélküli lakó, nincs lakása.

Nem saját tulajdon esetén a tulajdonos neve:.....

Vagyon hasznosításából, bérbeadásából származó jövedelme VAN:.....Ft/hó NINCS

Alulírott kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulok ahhoz, hogy személyes adataimat, (hozzátartozóim adatait) a jogosultság megállapítása és teljesítése céljából kezeljék.

Bugyi, .....év.....hó .....nap

-----  
ápoló aláírása

-----  
(nagykorú) ápoló aláírása

# TÁJÉKOZTATÓ

( a kérelem kitöltése előtt szíveskedjen elolvasni)

## **A kérelemhez MELLÉKELNI KELL !:**

### **Az ÁPOLÓ részéről:**

- ha az ápoló 60 életévét betöltötte házi orvos igazolása szükséges arra vonatkozóan, hogy az ápolás feladatainak ellátásában nem gátolja.
- rendszeres pénzellátás esetén az arról szóló igazolást – ebben az esetben munkáltatójának igazolása, hogy az ápolási díj igénybevétele végett fizetés nélküli szabadságát tölti
- munkahely hiánya esetén a Munkaügyi Központ igazolását arról, hogy mióta regisztrált munkanélküli
- 16 éven felüli gyermek iskolalátogatási igazolását,
- albérlet esetén az albérleti szerződés másolatát, szívésségi lakáshasználat esetén a lakás tulajdonosának nyilatkozatát a szívésségi lakáshasználatról.
- fizetés nélküli szabadság esetén az erről szóló igazolást

### **18 ÉLETÉVÉT BETÖLTÖTT TARTÓS BETEG ÁPOLÁSA ESETÉN:**

- az ápolóval együtt élő családtagok 3 hónapnál nem régebbi nettó jövedelemigazolását **(valamennyi jövedelemről)**
- társas, és egyéni vállalkozó esetében az APEH igazolása mellé csatolni kell a vállalkozó nyilatkozatát a 3 havi nettó átlagjövedelméről,

## **TÁJÉKOZTATÓ AZ ORVOSI IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY KITÖLTÉSÉHEZ:**

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III.tv. 41. § (3) bekezdése szerint a 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 halláskárosodása 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 értéktől 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 a fekvőbeteg szakellátást nyújtó intézmény vagy illetékes szakrendelő intézet arra jogosult szakorvosa által kiadott zárójelentés, igazolás alapján a házi orvos szakvéleménye szerint előreláthatólag három hónapnál hosszabb időtartamban állandó ápolást, gondozást igényel.

# IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY AZ ÁPOLÁSI DÍJ MEGÁLLAPÍTÁSÁHOZ

(az ápolat személy háziiorvosa tölti ki)

## I. Igazolom, hogy

ápolat neve: \_\_\_\_\_ lányk.neve: \_\_\_\_\_

anyja neve: \_\_\_\_\_ TAJ száma: \_\_\_\_\_

születési helye, ideje: \_\_\_\_\_

lakcíme: \_\_\_\_\_

### \* a) súlyosan fogyatékos,

súlyos fogyatékoságának jellege: - látássérült, -hallássérült, -értelmi sérült,  
- mozgássérült.

### \* b) vagy tartósan beteg.

Fenti igazolást nevezett részére

- az Országos Orvosszakértői Intézet.....fokú Orvosi Bizottságának .....számú szakvéleménye, vagy
- .....megyei gyermek szakfőorvos .....számú igazolása, vagy
- .....fekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézmény .....szakrendelő intézet szakorvosa által kiadott .....számú igazolás/zárójelentés alapján állítottam ki.

**II.** Szakvéleményem szerint a fent nevezett személy betegsége/fogyatékosága miatt önmaga ellátására **KÉPES - KÉPTELEN,**

ezért állandó felügyeletre, gondozásra **SZORUL - NEM SZORUL.**

Az ápolás gondozás várható időtartama: - 3 hónapnál hosszabb,  
- 3 hónapnál rövidebb.  
- végleges

Dátum: \_\_\_\_\_

PH.

\_\_\_\_\_  
háziiorvos aláírása

\_\_\_\_\_  
munkahelyének címe

\* megfelelő válasz aláhúzendó

## 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

meghaladja

nem haladja meg.\*

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

meghaladja

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!

## NYILATKOZAT

Alulírott .....ápolási díj megállapítása ügyében

***büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy***

1./ az ápolttal ..... tartási, életjáradéki, öröklési szerződés nem áll fenn,

2./ az ápoltnak vele együtt élő olyan közeli hozzátartozója nincsen, aki gondozásra képes és jövedelemmel rendelkezik.

3./ nem vagyok önálló vállalkozó, őstermelő és gazdasági társaság tagja

Bugyi, .....

.....  
nyilatkozó aláírása