



LEÁNYVÁR KÖZSÉG ÖNKORMÁNYZATA

2518 Leányvár Erzsébet utca 88.

Tel: (33) 509-930, Fax: (33) 509-931, Mobil: (30) 698-1455

www.leanyvar.hu

hivatal@leanyvar.hu

1. melléklet az 2/2015.(II.10) önkormányzati rendelethez

KÉRELEM

Ápolási települési támogatás megállapításhoz

Kérelmező neve:.....
 Kérelmező születési neve:.....
 Anyja neve:.....
 Születési helye, ideje (év, hó, nap):.....
 Lakóhely:.....
 Tartózkodási hely:.....
 Társadalom biztosítási Azonosító Jele: ____ - ____ - ____ - ____
 Adószáma:

Az ápolat személlyel való rokoni kapcsolata:

Folyószámla száma: (csak akkor ha a támogatás kifizetését folyószámlára

kéri.).....

Telefonszáma:

Kijelentem, hogy keresőtevékenységet

a) nem folytatok,

b) napi négy órában folytatok,

c) otthonomban folytatok.(a megfelelő aláhúzendó)

A kérelmező havi jövedelme:..... Ft/hó

Az ápolási tevékenységet

a) lakóhelyemen /tartózkodási helyemen

b) az ápolat lakóhelyén /tartózkodási helyén végzem. (a megfelelő aláhúzendó)

A kérelmezővel egy háztartásban élők adatai:

Név:	Szül. idő, hely	Rokoni kapcsolat:	Foglalkozás:	Havi jövedelem:	TAJ SZÁM:

Egyéb jövedelmek:

Gyermektartásdíj:.....Ft

Családi pótlék:.....Ft

Önkormányzati egyéb rendszeres támogatás:.....Ft

Együtt élők összes jövedelme:.....Ft (ügyintéző tölti ki) Egy főre jutó jövedelem:.....Ft(ügyintéző tölti ki)
--

Az ápolat neve:.....

Születési neve:.....

Anyja neve:.....

Születési helye, ideje (év, hó, nap):.....

Lakóhely:.....

Tartózkodási hely:.....

Társadalom biztosítási Azonosító Jele: ____ - ____ - ____ - ____



LEÁNYVÁR KÖZSÉG ÖNKORMÁNYZATA

2518 Leányvár Erzsébet utca 88.

Tel: (33) 509-930, Fax: (33) 509-931, Mobil: (30) 698-1455

www.leanyvar.hu

hivatal@leanyvar.hu

Nyilatkozat

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

.....
Ápolt személy aláírása

Nyilatkozat

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek és tudomásul veszem, hogy azok valódisága a szociális igazgatóságról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. tv alapján a NAV-nál ellenőrizhető.

Alulírott hozzájárulok, hogy személyi adataimat, illetve a háztartásomban élők adatait a jogosultság megállapítása és teljesítése céljából felhasználják.

Dátum: Leányvár, 2015.....hó.....nap.

.....
Ápolást végző személy aláírása

A kérelemhez mellékelni kell a család jövedelmeiről szóló összes igazolást, a házi orvos igazolását.

2. melléklet az .../2015.(II.10) önkormányzati rendelethez

IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY az ápolási települési támogatás megállapításához/kötelező felülvizsgálatához

(Az ápolt személy házi orvos a tölti ki.)

I. 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, alapján állítottam ki.

II. Szakvéleményem szerint a fent nevezett személy betegsége miatt állandó és tartós gondozásra szorul. A gondozás várható időtartama:

3 hónapnál hosszabb, vagy

3 hónapnál rövidebb.

Dátum:

.....
házi orvos aláírása
munkahelyének címe

P. H.