**KÉRELEM**

**Ápolási települési támogatás megállapításhoz**

Kérelmező neve: ……………………………………………………………………….……………..

Kérelmező születési neve: ..…………………………………………………………………….....

Anyja neve: ……………………………………………………………………………………...…....

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

Lakóhely: ………………….…………………………………………………………………………..

Tartózkodási hely: ….…………………………………………………………………………….....

Társadalombiztosítási azonosító jele: \_\_ \_\_ \_\_-\_\_ \_\_ \_\_-\_\_ \_\_ \_\_

Adószáma: ………………………………………

Az ápolt személlyel való rokoni kapcsolata: …………………………..

Folyószámla száma: (*csak akkor ha a támogatás kifizetését folyószámlára kéri.)* ……………………………………………….………………………………….

Telefonszáma*:* ……………………………………………………………….

Kijelentem, hogy keresőtevékenységet

* 1. nem folytatok,
	2. napi négy órában folytatok,
	3. otthonomban folytatok.(*a megfelelő aláhúzandó)*

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

Az ápolási tevékenységet

1. lakóhelyemen/tartózkodási helyemen
2. az ápolt lakóhelyén/tartózkodási helyén végzem*. (a megfelelő aláhúzandó)*

A kérelmezővel egy háztartásban élők adatai:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Név:** | **Szül. idő:** | **Rokoni kapcsolat:** | **Foglalkozás:** | **Havi jövedelem:** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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 ápolt neve: ………………………………………………………………….……………………

Születési neve: ……………………………………………………………………......................

Anyja neve: ………………………………………………………………………………...…........

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

Lakóhely: ……………………………………………………………………………………………..

Tartózkodási hely: ……………………………………………………………………………….....

Társadalom biztosítási Azonosító Jele: \_\_ \_\_ \_\_-\_\_ \_\_ \_\_-\_\_ \_\_ \_\_

*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: Piliscsév, 2015. …………… hó …… nap.

…………………………………………………………

Ápolást végző személy aláírása

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