Mór Városi Önkormányzat

8060 Mór, Szent István tér 6.

***KÉRELEM
ÁPOLÁSI CÉLÚ TELEPÜLÉSI TÁMOGATÁS MEGÁLLAPÍTÁSÁRA***

**Az ápolási célú települési támogatás a tartós beteg személy otthoni ápolását ellátó nagykorú hozzátartozó részére biztosítható hozzájárulás.**

***Az ápolást végző személyre vonatkozó adatok***

Neve: ..........................................................................................................................................

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

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

Születési hely, idő (év, hó, nap): ................................................................................................

Lakóhelye: .................................................................................................................................

Tartózkodási helye: ....................................................................................................................

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: ......................................................................................

Állampolgársága: .......................................................................................................................

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

Telefonszám (nem kötelező megadni): ......................................................................................

A folyósítást

 □ postai úton lakcímemre vagy

□ postai úton ……………………………………………………………címre vagy

 □ bankszámlára kérem utalni.

Fizetési számlaszám: …………………………………………………..

A fizetési számlát vezető pénzintézet neve: ...........................................

A kérelmező idegenrendészeti státusza (nem magyar állampolgárság esetén):

 □ szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, vagy

 □ EU kék kártyával rendelkező, vagy

 □ bevándorolt/letelepedett, vagy

 □ menekült/oltalmazott/hontalan.

***A közeli hozzátartozókra és jövedelmükre vonatkozó adatok***

A kérelmező családi körülményei

 □ egyedül élő,

 □ nem egyedül élő.

A kérelmező családjában, a kérelmezővel azonos lakcímen élő közeli hozzátartozók száma:

…………………………………………fő.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Közeli hozzátartozó neve (születési név)** | **Születési helye, ideje****(év, hó, nap)** | **Anyja neve** | **Társadalombiztosítási Azonosító Jele** | **Családi kapcsolat megnevezése** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |

***Jövedelmi adatok***

A kérelmező, valamint a családban élő közeli hozzátartozóinak havi jövedelme forintban:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **A jövedelmek típusai** | **A kérelmező jövedelme** | **A kérelmezővel közös háztartásban élő egyéb rokonok jövedelme** |
| 1./ Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó ebből: közfoglalkoztatásból származó |  |  |  |  |  |  |
| 2./ Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó jövedelem |  |  |  |  |  |  |
| 3./ Táppénz, gyermekgondozási támogatások |  |  |  |  |  |  |
| 4./ Nyugellátás, és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások |  |  |  |  |  |  |
| 5./ Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított rendszeres pénzbeli ellátások |  |  |  |  |  |  |
| 6./ Egyéb jövedelem  |  |  |  |  |  |  |
| 7./ Összes jövedelem  |  |  |  |  |  |  |

Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt adatok valódiságát a szociális igazgatásáról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III törvény 10. §(7) bekezdése alapján szociális hatáskört gyakorló szerv – a Nemzeti Adó- és Vámhivatal hatáskörrel és illetékességgel rendelkező adóigazgatósága útján – ellenőrizheti.

***Jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok***

Kijelentem, hogy az ápolási célú települési támogatás megállapítását, arra való tekintettel kérem, hogy az ápolt személy 18. életévét betöltött tartós beteg hozzátartozóm.

**Kérjük a megfelelőt megjelölni:**

Kijelentem, hogy

* keresőtevékenységet:

□ nem folytatok,

□ folytatok;

* rendszeres pénzellátásban:

□ részesülök és annak havi összege: ....................., amely nem haladja meg az ápolási célú települési támogatás összegét

□ nem részesülök;

* az ellátott személy kettő hónapot meghaladóan fekvőbeteg-gyógyintézeti, valamint nappali ellátást nyújtó vagy bentlakásos szociális intézmény ellátásban:

□ részesül,

□ nem részesül;

* az ápoló és az ápolt személy hivatalosan eltartási szerződést:

□ kötött,

□ nem kötött;

* az ellátott házi segítségnyújtásban:

□ részesül,

□ nem részesül;

* járási hivatal által folyósított ápolási díjra:

□ jogosult,

□ nem jogosult;

* az ápolási tevékenységet:

□ a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen,

□ az ápolt személy lakóhelyén/tartózkodási helyén

végzem;

* életvitelszerűen:

□ a lakóhelyemen,

□ tartózkodási helyemen élek;

(Ezt a nyilatkozatot csak abban az esetben kell megtenni, ha egyidejűleg bejelentett lakó- és tartózkodási hellyel rendelkezik.)

* Az ápolt személlyel közös háztartásban:

□ élek,

□ nem élek.

***Az ápolt személyre vonatkozó adatok***

Neve: ..........................................................................................................................................

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

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

Születési hely, idő (év, hó, nap): ................................................................................................

Lakóhelye: .................................................................................................................................

Tartózkodási helye: ....................................................................................................................

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: ......................................................................................

Ha az ápolt személy cselekvőképtelen vagy cselekvőképességében teljesen korlátozott, a törvényes képviselő neve: ..........................................................................................................

A törvényes képviselő lakcíme: .................................................................................................

***Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozatok***

*Egyetértek azzal, hogy az otthoni ápolásomat, gondozásomat az ápolási célú települési támogatást kérelmező hozzátartozóm végezze.*

*Tudomásul veszem, hogy egyidejűleg csak egy személy ellátása után állapítható meg ápolási célú települési támogatás.*

*Tudomásul veszem, hogy egyidejűleg csak egy ápoló számára állapítható meg az ápolási célú települési támogatás.*

*Büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.*

*Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához.*

*Tudomásul veszem, hogy a jogosultságot érintő és a személyes adatokban történő változást köteles vagyok 15 napon belül bejelenteni.*

*Tudomásul veszem, hogy a Móri Polgármesteri Hivatal Közigazgatási és Szociális Irodájának dolgozói környezettanulmánnyal meggyőződhetnek az ápolási kötelezettség teljesítéséről.*

*Tudomásul veszem, hogy a döntéshozó utólagosan ellenőrizheti a jogosultság fennállását és a támogatás felhasználásának körülményeit.*

Mór, …………………………………….....

………………………………………… …………………………………………

az ápolást végző személy aláírása az ápolt személy vagy törvényes

 képviselője aláírása

…………………………………………………………………………………………………...

a háztartás nagykorú tagjainak aláírása

***Tájékoztató a kérelem kitöltéséhez***

A megfelelő választ X-szel kell jelölni, és a hiányzó adatokat ki kell tölteni.

A PTK 8:1 § 2. pontjában meghatározottak szerint: **hozzátartozó:** a közeli hozzátartozó, az élettárs, az egyeneságbeli rokon házastársa, a házastárs egyeneságbeli rokona és testvére, és a testvér házastársa.

Mór Városi Önkormányzat Képviselő-testületének a települési támogatásokkal és a köztemetéssel kapcsolatos eljárás szabályairól szóló 22/2021. (V.14.) számú önkormányzati rendeletének (a továbbiakban: R.) 16. § (4) bekezdése értelmében:

**Nem jogosult ápolási célú települési támogatásra az ellátott hozzátartozója, ha:**

a) az ellátott személy kettő hónapot meghaladóan fekvőbeteg-gyógyintézeti, valamint nappali ellátást nyújtó vagy bentlakásos szociális intézmény ellátásban részesül;

b) az ápoló rendszeres pénzellátásban részesül, és annak összege meghaladja az ápolási díj összegét,

c) az ápoló keresőtevékenységet folytat;

d) az ápoló és az ápolt személy hivatalosan eltartási szerződést kötött;

e) járási hivatal által folyósított ápolási díjra jogosult.

A R. 16. § (1) bekezdése szerint **ápolási célú települési támogatásra az a hozzátartozó jogosult**, aki a 18. életévét betöltött, tartósan beteg, állandó és tartós felügyeletre szoruló személy otthoni ápolását végzi, és ha az ápoló háztartásában az egy főre számított havi jövedelem nem haladja meg az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének 100 %-át, egyedülélő ápoló esetén az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének 150%-át.

Az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összege 2021. évben 28.500 Ft.

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. számú törvény (továbbiakban: Szt.) 4. § (1) bekezdés i) pontja szerint:

**rendszeres pénzellátásnak minősül:**a táppénz, a csecsemőgondozási díj, a gyermekgondozási díj, az öregségi nyugdíj, a korhatár előtti ellátás, a szolgálati járandóság, a balett művészeti életjáradék, az átmeneti bányászjáradék, a rokkantsági nyugdíj; a rehabilitációs járadék, a megváltozott munkaképességű személyek ellátásai, 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 árvaellátásra jogosult fogyatékkal élő, illetve tartósan beteg vagy legalább két árvaellátásra jogosult gyermek eltartásáról gondoskodó személy özvegyi nyugdíját –, a baleseti táppénz, a baleseti rokkantsági nyugdíj, a hozzátartozói baleseti nyugellátások, a foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról szóló törvény alapján folyósított pénzbeli ellátás, az átmeneti járadék, a rendszeres szociális járadék, a bányászok egészségkárosodási járadéka, a rokkantsági járadék, a hadigondozottak és nemzeti gondozottak pénzbeli ellátásai, a gyermekgondozási segély, a gyermeknevelési támogatás, az időskorúak járadéka, a foglalkoztatást helyettesítő támogatás, az egészségkárosodási és gyermekfelügyeleti támogatás, az ápolási díj, a nemzeti helytállásért elnevezésű pótlék, a közszolgálati járadék, valamint az uniós rendeletek alapján külföldi szerv által folyósított egyéb azonos típusú ellátás.

**A kérelemhez minden esetben mellékelni kell:**

1. **a háziorvos igazolását;**
2. **jövedelemigazolásokat (pl.: munkáltatói igazolást munkabérről, nyugellátásról szóló igazolást, táppénzről, csecsemőgondozási díjról, GYES, GYED, GYET-ről szóló igazolást, árvaellátásról, gyermektartásról, hallgatói jogviszonyról szóló igazolást, munkanélküli ellátásról szóló határozatot, járási hivatal által folyósított rendszeres pénzellátásról szóló határozatot stb.);**
3. **az ápoló és az ápolt lakcímkártya másolatát.**

**A jövedelemszámításhoz irányadó időszak:** havonta mérhető jövedelmeknél a kérelem benyújtását megelőző hónap, egyéb jövedelmeknél pedig a kérelem benyújtását megelőző tizenkét hónap.

**NYILATKOZAT**

Alulírott a kérelmem kedvező elbírálása esetén a fellebbezési jogomról a kézhezvétel napján azonnal lemondok és kérem azt véglegesíteni.

Mór, ………………………………………..

 ügyfél

***IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY
az ápolási célú települési támogatás megállapításához***

*(Az ápolt személy háziorvosa tölti ki.)*

I. Igazolom, hogy

Neve: ..........................................................................................................................................

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

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

Születési hely, év, hó, nap: ........................................................................................................

Lakóhely: ...................................................................................................................................

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

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: ......................................................................................

□ tartósan beteg.

Betegségei:……………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Fenti igazolást nevezett részére a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal vagy a rehabilitációs szakigazgatási szerv.................... számú szakhatósági állásfoglalása vagy szakvéleménye, 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.

(Tartós betegség: orvosilag igazolt, előreláthatólag 3 hónapnál hosszabb időtartamban állandó ápolást, gondozást igénylő egészségügyi állapot.)

*III. Háziorvosra (intézményi orvosra) vonatkozó adatok*

A háziorvos neve: ....................................................................................................................

Rendelő/munkahely neve, címe: ............................................................................................

Telefonszáma: .........................................................................................................................

Dátum:................................................

……..........................................................

 háziorvos aláírása, pecsétje

**NYILATKOZAT**

**Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a *szociális igazgatási* eljárás során történő felhasználásához.**

**Alulírott ……………………………………………………………….., kijelentem, hogy az adatkezelési folyamattal kapcsolatos tájékoztatót megismertem és tudomásul vettem az abban foglaltakat.**

**8060 Mór, ………………………………..**

**Aláírás: ……………………………………………..**