

KÉRELEM

az ápolási díj megállapítására / felülvizsgálatára

I. Az ápolást végző személyre vonatkozó adatok

1. Személyi adatok:

Neve:.....szül.neve:.....

Anyja neve:.....

Szül. hely, év, hó, nap:.....

Lakcíme:.....

Tartózkodási helye:.....

TAJ száma:..... Adószáma:.....

Az ápolat személlyel való rokonsági kapcsolat:.....

Telefonszám (nem kötelező megadni).....

Bankszámlaszám (akor kell megadni, ha a folyósítást bankszámlára kéri):
.....

A folyószámlát vezető pénzintézet neve:.....

Családi állapota: hajadon, nőtlen, nő, férjes, elvált, özvegy, élettársi

Magánnyugdíj pénztári tag-e: igen nem (ha igen mellékelni kell)

2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok:

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

Súlyosan fogyatékos Í

Fokozott ápolást igénylő súlyosan fogyatékos Í

18 éven aluli tartósan beteg Í

18. életévét betöltött tartósan beteg Í

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 Í

 napi 4 órában folytatok Í

 otthonomban folytatok Í

- nappali tagozaton tanulói, hallgatói jogviszonyban nem állok Í

- rendszeres pénzellátásban: részesülök ☐ annak havi összege.....Ft.

nem részesülök ☐

- az ápolási tevékenységet:

☐ a lakóhelyemen / tartózkodási helyemen ☐

☐ az ápolat személy lakcímén / tartózkodási címén ☐ végzem.

- életvitelszerűen a lakóhelyemen vagy tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzendó)

c.) Az ápolat személy:

Közoktatási intézmény tanulója ☐

Óvodai nevelésben részesül ☐

Nappali szociális intézményi ellátásban részesül, ☐

Felsőoktatási intézmény hallgatója ☐

A megfelelő választ X-szel kell jelölni, v. aláhúzni, illetve a hiányzó adatot kitölteni !

II. Az ápoló személyre vonatkozó adatok

1. Személyi adatok:

Neve:..... Szül.neve:.....

Anyja neve:.....

Születési hely, év, hó, nap:.....

Lakcíme:.....

Tartózkodási helye:.....

Az ápoló személlyel való rokonsági kapcsolat:.....

Ha az ápoló személy nem cselekvőképes, a törvényes képviselő neve:.....

A törvényes képviselő lakcíme:.....

2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat:

Í Egyetértek azzal, hogy az otthoni ápolásomat, gondozásomat az ápolási díjat kérelmező közeli hozzátartozóm végezze.

Í Hozzájárulok ahhoz, hogy az önkiszolgálói képességem megítéléséhez, ezzel összefüggésben a fokozott ápolási igény megállapításához szükséges vizsgálatokat elvégezzék (Ezt csak akkor kell jelezni, ha az ápoló személy súlyosan fogyatékos és fokozott ápolást igényel.)

/Az ápoló súlyos fogyatékos, vagy tartós betegsége miatt két hónapot meghaladóan fekvőbeteg-gyógyintézeti, valamint nappali ellátást nyújtó vagy bentlakásos szoc. intézményi ellátásban, illetőleg óvodai, gyermekvédelmi szakellátást nyújtó bentlakásos intézményi elhelyezésben részesül, vagy közoktatási intézmény tanulója, ill. felsőoktatási intézmény nappali tagozatos hallgatója ?/ igen - nem

KÖZÖS HÁZTARTÁSBAN ÉLŐK: Neve, Kora, Jövedelme (az ápolón és ápolton kívül)

1./.....

2./.....

3./.....

4./.....

Vállalom, hogy az ápolási díj folyósításának időtartama alatt az ápolási kötelezettségemnek folyamatosan és maradéktalanul eleget teszek.

Az ápolási díjra való jogosultságot érintő minden körülményt (ápoló egészségi állapotában bekövetkezett változás, ápoló halála, ápoló két hónapot meghaladóan fekvőbeteg-gyógyintézeti, valamint nappali ellátást nyújtó vagy bentlakásos szoc. intézményi ellátásban részesül stb.), annak bekövetkezését követő 15 napon belül bejelentem.

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

Dátum:.....

.....
az ápolást végző személy
aláírása

.....
az ápoló személy vagy törvényes
képviselője aláírása

**Tájékoztató
a fokozott ápolási díj igényléséhez**

„Kérelem a fokozott ápolási igény megállapítására” nyomtatványt **csak akkor tölthető ki**,
ha az ápolat az orvosi igazolás és szakvélemény szerint súlyosan fogyatékos, valamint
az ápolat személy segítség nélkül önállóan nem képes:

- étkezni, vagy
- tisztálkodni, vagy
- öltözködni, vagy
- illemhelyet használni, vagy
- lakáson belül – segédeszköz igénybevételével sem – közlekedni.

Feltéve, hogy a felsoroltak közül **legalább három egyidejűleg fennáll**.

(Intézmény tölti ki!)

**Igazolás
az ápolási díj megállapításához**

Igazolom, hogy.....(név),

Anyja neve:.....,

Születési hely, év, hó, nap: :.....

Lakcíme:.....,

Tartózkodási helye:

„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 igénybevétele, 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

szükségessé teszi

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 háziiorvosa tölti ki)

I. Igazolom, hogy:

Név:.....
Születési neve:
Anyja neve:.....
Szül. hely, év, hó nap:.....
.....
Lakcíme:.....
Tartózkodási helye:.....
TAJ sz.:.....

☐ **súlyosan fogyatékos¹**

súlyos fogyatékoságának jellege:

- ☐ látássérült
- ☐ hallássérült
- ☐ értelmi sérült
- ☐ mozgássérült,

vagy

☐ **tartósan beteg²**

Fenti igazolást nevezett részére

az Országos Orvos-szakértői Intézet fokú Orvosi
Bizottságának.....számúszakvéleménye, vagy a
..... megyei gyermek szak-főorvos
..... számú igazolása, vagy..... fekvőbeteg-
szakellátást nyújtó intézményszakrendelő intézet szakorvosa
által kiadott számú igazolás/zárójelentés, vagy a Tanulási
Képességet Vizsgáló Szakértő Bizottság..... számú szakvéleménye alapján
állítottam ki.

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

- ☐ 3 hónapnál hosszabb, vagy
- ☐ 3 hónapnál rövidebb.

Dátum:.....

P.H.

.....
háziiorvos aláírása

Tájékoztató
az ápolási díj iránti kérelemhez kiadott orvosi igazoláshoz
(1993. évi III. tv. 40-44 §-aihoz)

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 a halláskárosodás 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 értékétől függetlenül a személyiség egészét érintő (pervazív) fejlődési zavarban szenved, és az autonómiai tesztek alapján állapota súlyosnak vagy középsúlyosnak minősíthető (BNO szerint besorolása: F84.O-F84.9),

d.) **mozgásszervi károsodása, illetőleg funkciózavara** olyan mértékű, hogy helyváltoztatása a külön jogszabályban (141/2000. (VIII.09.) 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

Tartósan beteg az a személy,

- aki előre láthatólag három hónapnál hosszabb időtartamban állandó ápolást, gondozást igényel.