

K é r e l e m
ÁPOLÁSI TÁMOGATÁS
megállapítására

I. SZEMÉLYI ADATOK

Megnevezés	Kérelmező	háztárs (élettárs)
<i>Neve (születési név is)</i>		
<i>Anyja neve</i>		
<i>Születési hely, év, hó, nap</i>		
<i>Állampolgársága</i>		
<i>A kérelmező idegenrendészeti státusza:</i> (szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, EU kék kártyával rendelkező, bevándorolt, letelepedett, menekült, oltalmazott, hontalan)		
<i>Családi állapota</i>		
<i>Lakóhelye</i>		
<i>Tartózkodási helye</i>		
<i>Hajléktalan személy esetén a folyósítás helye</i>		
<i>TAJ száma</i>		
<i>Adóazonosító jel</i>		
<i>Telefonszáma</i> (nem kötelező megadni)		
<i>A megállapított támogatás folyósítása:</i>	Készpénz / postai úton / bankszámlára utalás	
<i>Bankszámlaszám</i> (ha a folyósítást bankszámlára kéri)		
<i>Folyósámla-vezető pénzintézet</i>		

II. A KÉRELMEZŐVEL KÖZÖS HÁZTARTÁSBAN ÉLŐ SZEMÉLYEK ADATAI

	Név	Születési év, hó, nap	Családi kapcsolat	Foglalkozás
1.				
2.				
3.				
4.				

Kérelmező nyilatkozata

Kijelentem, hogy:

- keresőtevékenységet nem folytatok,
- rendszeres pénzellátásban nem részesülök,
- nappali tagozaton tanulmányokat nem folytatok,
- a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. III. vt. 40. §-a szerinti ápolási díjban nem részesülök,
- büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek.

Tudomásul veszem hogy:

- a szociális hatáskört gyakorló szerv ellenőrizheti a közölt jövedelmi adatok valóságát,
- valótlan tartalmú nyilatkozat, vagy igazolás esetén a kérelem elutasítható, a jogosulatlanul és rosszhiszeműen igénybevett támogatást pedig vissza kell fizetni,

- köteles vagyok a feltüntetett adatokban bekövetkezett változást 15 napon belül bejelenteni az eljáró hatóságnak.

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

AZ ÁPOLT SZEMÉLYÉRE VONATKOZÓ ADATOK

Megnevezés	Ápoltság személyi adatai
<i>Neve (születési név is)</i>	
<i>Anyja neve</i>	
<i>Születési hely, év, hó, nap</i>	
<i>Állampolgársága</i>	
<i>A kérelmező idegenrendészeti státusza:</i> (szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, EU kék kártyával rendelkező, bevándorolt, letelepedett, menekült, oltalmazott, hontalan)	
<i>Családi állapota</i>	
<i>Lakóhelye</i>	
<i>Tartózkodási helye</i>	
<i>Hajléktalan személy esetén a folyósítás helye</i>	
<i>TAJ száma</i>	
<i>Adóazonosító jel</i>	
<i>Telefonszáma</i> (nem kötelező megadni)	

Ha az ápoltság személy cselekvőképtelen vagy cselekvőképességében korlátozott, a törvényes képviselő neve

A törvényes képviselő lakcíme:

Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat

- Egyetértek azzal, hogy az otthoni ápolásomat, gondozásomat az ápoltság támogatást kérelmező hozzátartozóm végezze.
- Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához.

Nyilatkozom, hogy

- közoktatási intézmény tanuló, illetve felsőoktatási intézmény hallgatói jogviszonnyal nem rendelkezem,
- nappali szociális intézményi ellátásban nem részesülök,

Büntetőjogi felelősségem teljes tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek.

Alulírott kérem, hogy a fentiekben közölt adatok és a becsatolt igazolások, nyilatkozatok alapján az ÁPOLÁSI TÁMOGATÁS-ra való jogosultságomat szíveskedjenek megállapítani.

Kijelentem, hogy a kérelemhez mellékeltem Adatkezelési tájékoztatóban foglaltakat elolvastam és azokat tudomásul vettem.

....., 20.....évhónap

.....
az ápolást végző személy aláírása

.....
az ápoltság személy vagy törvényes képviselőjének aláírása

