**3. melléklet a 4/2015. (II.26.) önkormányzati rendelethez**

**Pátyi Polgármesteri Hivatal**

2071 Páty, Kossuth Lajos u. 83.

🕿 : 06-23/555-531

E-mail: [hivatal@paty.hu](mailto:hivatal@paty.hu) web: [http://www.paty.hu](http://www.paty.hu/)

***KÉRELEM   
ápoláshoz nyújtott települési támogatás megállapítására***

***I. Az ápolást végző személyre vonatkozó adatok***

*1. Személyi adatok*

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

Születési neve:

..............................................................................................................................

Anyja neve:

...............................................................................................................................

Születési hely, év, hó, nap:

................................................................................................................................

Lakóhely:

.................................................................................................................................

Tartózkodási hely:

.................................................................................................................................

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

....................................................................................

Az ápolt személlyel való rokoni kapcsolat:

.............................................................................

Telefonszám (kötelező megadni): …....................................................................................

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

.............................................................................

A folyószámlát vezető pénzintézet neve:

................................................................................

***2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok***

*a)* A támogatás megállapítását arra való tekintettel kérem, hogy az ápolt személy:

□ fokozott ápolást igénylő, tartósan beteg

□ pszichés állapota miatt felügyeletre szoruló

*b)* Kijelentem, hogy

- keresőtevékenységet:

□ nem folytatok

□ napi 4 órában folytatok

- rendszeres pénzellátásban

□ részesülök és annak havi összege, jogcíme:-……….......................

□ nem részesülök

- az ápolási tevékenységet:

□ a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen

□ az ápolt személy lakóhelyén/tartózkodási helyén végzem.

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

**3. Az ápoló családjába élő személyek:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Név | Születési hely, idő | Anyja neve | TAJ | Jövedelem |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

***II. Az ápolt személyre vonatkozó adatok***

*1. Személyi adatok*

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

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

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

Születési hely, év, hó, nap:

.....................................................................................................................................

Lakóhely:

.....................................................................................................................................

Tartózkodási hely:

...................................................................................................................

Ha az ápolt személy nem cselekvőképes, a törvényes képviselő neve:

..............................................................................................

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

Az ápolt személy fogyatékossági ellátásban részesül e:……………………………………...

*2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat*

□ Egyetértek azzal, hogy az otthoni ápolásomat, gondozásomat a támogatást kérelmező hozzátartozóm végezze.

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| .......................................................................... az ápolást végző személy aláírása | .............................................................................. az ápolt személy vagy törvényes képviselője aláírása |

***IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY***

***ápoláshoz nyújtott települési támogatás megállapításához***

*(Az ápolt személy háziorvosa- vagy szakorvosa tölti ki.)*

I. Igazolom, hogy

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

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

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

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

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

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

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

**□ Tartósan beteg, önmagát ellátni nem tudó, vagy/és**

**□ Pszichés állapota miatt felügyeletre szoruló.**

Fenti igazolást nevezett részére

az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet ..... fokú szakértői bizottságának .................... számú szakvéleménye, vagy a ...................... megyei gyermek szakfőorvos .................... számú igazolása, vagy ............................................... fekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézmény ....................................................... szakrendelő intézet szakorvosa által kiadott .................... keltű igazolás/zárójelentés, vagy a Tanulási Képességet Vizsgáló Szakértő Bizottság .................... számú szakvéleménye alapján állítottam ki.

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

□ 3 hónapnál hosszabb, vagy

□ 3 hónapnál rövidebb.

Dátum:…………………….. .....................................................

ph. háziorvos aláírása   
 munkahelyének címe

***Vagyonnyilatkozat***

*I. A kérelmező*személyes adatai

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

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

Anyja neve:

.............................................................................................................................................................

Születési hely, év, hó, nap:

............................................................................................................................................................

Lakóhely:

...............................................................................................................................................

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

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

.............................................................................................................................................

***II. A kérelmező és a vele együtt élő közeli hozzátartozójának vagyona***

***A. Ingatlanok***

1. Lakástulajdon és lakótelek-tulajdon (vagy állandó, illetve tartós használat): címe: ................. város/község ................... út/utca.................... hsz. alapterülete: ........... m2, tulajdoni hányad: ..........................., a szerzés ideje: ................ év

Becsült forgalmi érték:\* .......................................... Ft

Haszonélvezeti joggal terhelt: igen nem (a megfelelő aláhúzandó)

2. Üdülőtulajdon és üdülőtelek-tulajdon (vagy állandó, illetve tartós használat): címe: ....................... város/község .................................. út/utca .................... hsz. alapterülete: ........... m2, tulajdoni hányad: ...................., a szerzés ideje: ................ év

Becsült forgalmi érték:\* .......................................... Ft

3. Egyéb, nem lakás céljára szolgáló épület-(épületrész-)tulajdon (vagy állandó használat): megnevezése (zártkerti építmény, műhely, üzlet, műterem, rendelő, garázs stb.): ............................ címe: ...................................... város/község........................... út/utca .................... hsz. alapterülete: ........... m2, tulajdoni hányad: ................., a szerzés ideje: ................ év

Becsült forgalmi érték:\* .......................................... Ft

4. Termőföldtulajdon (vagy állandó használat): megnevezése: .......................... címe: ........................................ város/község .............................. út/utca .................... hsz. alapterülete: ........... m2, tulajdoni hányad: ...................., a szerzés ideje: ................ év

Becsült forgalmi érték:\* .......................................... Ft

***II. Egyéb vagyontárgyak***

Gépjármű: '

*a)*személygépkocsi: ......................................... típus ................................................. rendszám

a szerzés ideje, valamint a gyártás éve: .......................................................................................

Becsült forgalmi érték:\*\* .......................................... Ft

*b)*tehergépjármű, autóbusz, motorkerékpár, vízi- vagy egyéb jármű: .............................. típus ....................................... rendszám

a szerzés ideje, valamint a gyártás éve: .......................................................................................

Becsült forgalmi érték:\*\* .......................................... Ft

Kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulok a nyilatkozatban szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárásban történő felhasználásához, kezeléséhez.

Kelt: .......... év .............................. hó ............ nap

................................................

aláírás