

**KÉRELEM**  
**az ápolási díj megállapítására**

*I. Az ápolást végző személyre vonatkozó adatok*

*1. Személyi adatok*

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, év, hó, nap: .....

Állampolgársága: magyar vagy ..... állampolgár, bevándorolt, letelepedett vagy  
menekült (a megfelelő aláhúzendő)

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

Adóazonosító jele: .....

Az ápolat személlyel való rokoni kapcsolat: .....

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

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

A folyószámlát vezető pénzintézet neve: .....

*2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok*

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

- súlyosan fogyatékos
- fokozott ápolást igénylő súlyosan fogyatékos
- 18 éven aluli tartósan beteg
- 18. életévét betöltött tartósan beteg

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

- keresőtevékenységet:

- nem folytatok
- napi 4 órában folytatok
- otthonomban folytatok

- nappali tagozaton tanulói, hallgatói jogviszonyban nem állok
- rendszeres pénzellátásban

részesülök és annak havi összege: .....

nem részesülök

- az ápolási tevékenységet:

a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen

az ápolat személy lakóhelyén/tartózkodási helyén 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.

## II. Az ápolat személyre vonatkozó adatok

### 1. Személyi adatok

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, év, hó, nap: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

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

A törvényes képviselő lakcíme: .....

### 2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat

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

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

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

Dátum: .....

.....  
az ápolást végző személy aláírása

.....  
az ápolat személy (vagy törvényes képviselője) aláírása

## Tájékoztató a kérelem kitöltéséhez

A megfelelő választ X-szel kell jelölni, illetve a hiányzó adatokat kitölteni.

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 42. § (1) bekezdése értelmében

*Nem jogosult ápolási díjra a hozzátartozó ha:*

- keresőtevékenységet folytat és munkaideje - az otthon történő munkavégzés kivételével - a napi 4 órát meghaladja,

- szakiskola, középiskola, illetve felsőoktatási intézmény nappali tagozatos tanulója, hallgatója,

- rendszeres pénzellátásban részesül és annak összege meghaladja az ápolási díj összegét, ide nem értve azt a táppénzt, amelyet az ápolási díj folyósításának időtartama alatt végzett keresőtevékenységből adódó biztosítási jogviszony alapján - keresőképtelenné válás esetén - folyósítanak, továbbá azt a saját jogú nyugdíjat, amelyet az ápolási díjban részesülő személy az Szt. 42. § (4) bekezdése alapján kap.

*Rendszeres pénzellátásnak minősül:* a táppénz, a terhességi-gyermekágyi segély, a gyermekgondozási díj, az öregségi nyugdíj, a rokkantsági nyugdíj, 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 nyugellátás, az Ft. 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 munkanélküliek jövedelempótló támogatása, a rendszeres szociális segély, az ápolási díj, a nemzeti helytállásért elnevezésű pótlék, valamint a szociális biztonsági rendszereknek a Közösségen belül mozgó munkavállalókra, önálló vállalkozókra és családtagjaikra történő alkalmazásáról szóló 1408/71/EGK tanácsi rendelet alapján külföldi szerv által folyósított egyéb azonos típusú ellátás.

*Fokozott ápolást igényel az a súlyosan fogyatékos személy, aki mások segítsége nélkül önállóan nem képes:*

a) étkezni, vagy

b) tisztálkodni, vagy

c) öltözködni, vagy

d) illemhelyet használni, vagy

e) lakáson belül - segédeszköz igénybevételével sem - közlekedni,

feltéve, hogy esetében az a)-e) pontokban foglaltak közül legalább három egyidejűleg fennáll.

A kérelem 2. c) pontját abban az esetben kell kitölteni, ha az ápoltság személy közoktatási intézmény tanulója, óvodai nevelésben részesül, nappali szociális intézményi ellátásban részesül vagy felsőoktatási intézmény hallgatója. Az erről szóló igazolást a kérelemhez csatolni kell.

A kérelemhez minden esetben mellékelni kell a házi orvos igazolását.

**IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY**  
**az ápolási díj megállapításához/kötelező felülvizsgálatához**

*(Az ápolat személy háziorvosa tölti ki.)*

I. Igazolom, hogy

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, év, hó, nap: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

**Súlyosan fogyatékos**

súlyos fogyatékoságának jellege:

látássérült  hallássérült  értelmi sérült  mozgássérült,

vagy

**Tartósan beteg**

Fenti igazolást nevezett részére

- az Országos Orvosszakértői Intézet ..... fokú Orvosi 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 fogyatékosága/betegsége miatt állandó és tartós gondozásra szorul. A gondozás várható időtartama:

3 hónapnál hosszabb, vagy

3 hónapnál rövidebb.

Dátum: .....

.....  
háziorvos aláírása  
munkahelyének címe

P. H.

## Tájékoztató a háziorvosi igazolás és szakvélemény kitöltéséhez

A megfelelő választ X-szel kell jelölni, illetve a hiányzó adatokat kitölteni.

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 41. § (3) bekezdése szerint az ápolási díjra való jogosultság szempontjából:

### *1. 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 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 szerinti besorolása: F84.0-F84.9),*

*d) mozgásszervi károsodása, illetőleg funkciózavara olyan mértékű, hogy helyváltoztatása a külön jogszabályban 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.*

*2. Tartósan beteg az a személy, aki előreláthatólag három hónapnál hosszabb időtartamban állandó ápolást, gondozást igényel.*

## ***Igazolás az ápolási díj megállapításához***

Igazolom, hogy ..... (név)

Anyja neve: .....

Születési hely, év, hó, nap: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

„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

**SZAKVÉLEMÉNY**  
**a fokozott ápolást igénylő súlyosan fogyatékos állapot vizsgálatáról**

*I. Az ápolat személy személyi adatai*

Neve: .....  
Születési neve: .....  
Anyja neve: .....  
Születési hely, év, hó, nap: .....  
Ápolat személy lakóhelye: .....  
Tartózkodási helye: .....

*II. A vizsgálat adatai*

A helyszíni vizsgálat helye: .....  
időpontja: ....., időtartama: .....  
A helyszíni vizsgálatot végző személy neve: .....  
munkahelye: ....., munkaköre: .....

*A szakértői vizsgálat megállapítása:*

Az ápolat személy mások személyes segítsége nélkül önállóan

*a) étkezni:*

- képes, indokolás: .....  
 nem képes, indokolás: .....

*b) tisztálkodni:*

- képes, indokolás: .....  
 nem képes, indokolás: .....

*c) öltözködni:*

- képes, indokolás: .....  
 nem képes, indokolás: .....

*d) illemhelyet használni:*

- képes, indokolás: .....  
 nem képes, indokolás: .....

*e) lakáson belül - segédeszköz igénybevételével vagy anélkül - közlekedni:*

- képes, indokolás: .....  
 nem képes, indokolás: .....

A vizsgálatot végző megjegyzése: .....  
.....  
.....

A szakértői véleményhez felhasznált hivatalos irat pontos megnevezése: .....  
kelte: ..... megállapítása: .....

*III. Szakértői vélemény*

A fent nevezett személy esetében a fokozott ápolási igény

- fennáll, indokolás: .....  
 nem áll fenn, indokolás: .....

A szakértői vélemény érvényességi ideje: 200.... év..... hó .... nap

Dátum: .....

.....  
a módszertani intézmény vezetőjének aláírása,  
munkahelyének címe

# **SZAKVÉLEMÉNY**

## **a fokozott ápolást igénylő súlyosan fogyatékos állapot felülvizsgálatáról**

### *I. Ápolt személy személyi adatai*

Neve: .....  
Születési neve: .....  
Anyja neve: .....  
Születési hely, év, hó, nap: .....  
Lakóhely: .....  
Tartózkodási hely: .....

### *II. A felülvizsgálatra vonatkozó adatok*

A helyszíni vizsgálat helye: .....  
időpontja: .....

### *A szakértői vizsgálat megállapítása:*

Az ápolat személy mások személyes segítsége nélkül önállóan

*a) étkezni:*

- képes, indokolás: .....  
 nem képes, indokolás: .....

*b) tisztálkodni:*

- képes, indokolás: .....  
 nem képes, indokolás: .....

*c) öltözködni:*

- képes, indokolás: .....  
 nem képes, indokolás: .....

*d) illemhelyet használni:*

- képes, indokolás: .....  
 nem képes, indokolás: .....

*e) lakáson belül - segédeszköz igénybevételével vagy anélkül - közlekedni:*

- képes, indokolás: .....  
 nem képes, indokolás: .....

A vizsgálatot végző megjegyzése: .....  
.....  
.....

A szakértői véleményhez felhasznált hivatalos dokumentum pontos megnevezése ..... kelte .....  
megállapítása .....

### *III. Szakértői vélemény*

A fent nevezett személy esetében a fokozott ápolási igény

- fennáll, indokolás: .....  
 nem áll fenn, indokolás: .....

Dátum: .....

.....  
a vizsgálatot végző szakértő aláírása,  
munkahelyének címe

### *Megjegyzés:*

A megfelelő választ X-szel kell jelölni, illetve a hiányzó adatokat kitölteni.

## II. JÖVEDELEMNYILATKOZAT

A kérelmező és a vele egy háztartásban élő közeli hozzátartozó(k) jövedelme a kérelem benyújtását megelőző 3 hónap átlagában:

Jövedelem típusa	Kérelmező jövedelme	A kérelmező házastársa (élettársa) jövedelme	A kérelmezővel közös háztartásban élő egyéb rokon jövedelme		
1. Munkaviszonyból, munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyból származó jövedelem					
2. Társas és egyéni vállalkozásból származó jövedelem					
3. Ingatlan, ingó vagyontárgyak értékesítéséből származó jövedelem					
4. Nyugellátás, baleseti nyugellátás, egyéb nyugdíjszerű ellátások					
5. Gyermek ellátásához, gondozásához kapcsolódó támogatások					
<b>6. Önkormányzat által folyósított rendszeres ellátások (időskorúak járadéka, rendszeres szociális segély, ápolási díj)</b>					
7. Munkaügyi szervek által folyósított ellátások					
8. Föld bérbeadásából származó jövedelem					
9. Egyéb jövedelem					
<b>10. Összes BRUTTÓ jövedelem</b>					
11. Személyi jövedelemadó vagy előleg összege					
12. Egészségbiztosítási és nyugdíjjárulék összege					
13. Munkavállalói járulék összege					
<b>14. A család összes NETTÓ jövedelme: (10-(11+12+13))</b>					
Mindösszesen:		Ft/hó			
<b>A HÁZTARTÁSBAN ÉLŐK</b>					
<b>EGY FŐRE JUTÓ JÖVEDELME:</b>		<b>Ft/fő/hó</b>			

A jövedelmi adatokat – a típusának megfelelő igazolással (nyugdíjszelvény, bankszámlakivonat, stb.) – igazolni kell!

*(A havonta rendszeresen nem mérhető jövedelem esetén (pl. egyéni vállalkozó) – 3 hónap helyett - adóbevallás alapján az elmúlt 12 hónapban elért jövedelem az irányadó.)*

**A Polgármesteri Hivatal feljegyzése az Önkormányzat által folyósított ellátások igazolásaként:**

.....

.....

.....

.....

.....

Dátum: ..... Aláírás: .....

## VAGYONNYILATKOZAT

Név:.....

### I. Ingatlanok

#### 1. Lakástulajdon és lakótelek-tulajdon (vagy állandó, illetve tartós használat):

Címe:.....

Alapterülete: ..... Építmény alapterülete:.....

Szerzés ideje: ..... Becsült forgalmi értéke:.....

#### 2. Üdülőtulajdon és üdülőtelek-tulajdon (vagy állandó, illetve tartós használat):

Címe:.....

Alapterülete: ..... Építmény alapterülete:.....

Szerzés ideje: ..... Becsült forgalmi értéke:.....

#### 3. Egyéb, nem lakás céljára szolgáló épület-, épületrész-tulajdon, vagy használat:

megnevezése (pl. zártkerti építmény, műhely, üzlet, garázs, szükséglakás, stb.):.....

Címe:.....

Alapterülete: ..... Építmény alapterülete:.....

Szerzés ideje: ..... Becsült forgalmi értéke:.....

#### 4. Termőföld-tulajdon (vagy állandó használat):

megnevezése: .....

Helye:.....

Alapterülete: ..... Építmény alapterülete:.....

Szerzés ideje: ..... Becsült forgalmi értéke:.....

### II. Egyéb vagyontárgyak

#### 1. Gépjármű:

##### a) személygépkocsi:

Típus: ..... Rendszám: ..... Kora: .....

Szerzés ideje: ..... Becsült értéke: .....

##### b) tehergépjármű, autóbusz, gépi meghajtású termelő- munkaeszköz:

Típus: ..... Rendszám: ..... Kora: .....

Szerzés ideje: ..... Becsült értéke: .....

#### 2. Takarékbetétben elhelyezett pénzösszeg:

Pénzintézet:.....

Betétkönyv száma:..... Elhelyezett összeg:.....

Pénzintézet:.....

Betétkönyv száma:..... Elhelyezett összeg:.....

Pénzintézet:.....

Betétkönyv száma:..... Elhelyezett összeg:.....

#### 3. Készpénz összege:.....

#### 4. Pénzintézeti számlakövetelés vagy más szerződés alapján fennálló pénzkövetelés:

Pénzintézet:.....

Betétkönyv száma:..... Összeg:.....

Pénzintézet:.....

Betétkönyv száma:..... Összeg:.....

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

Sáránd, .....

.....  
aláírás