

BAJI POLGÁRMESTERI HIVATAL
2836 Baj, Petőfi S. u. 50.
Tel.: 34/488-597, fax: 34/488-020

Az eljárás illetékmentes!

KÉRELEM
települési ápolási támogatás megállapításához
(3/2015. (II.24.) ÖR. 5. melléklete)

1. Az ápoló személyre vonatkozó adatok

1.1. Személyes adatok

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, idő (év, hó, nap):

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Állampolgársága:

Az ápoló személlyel való rokoni kapcsolata:

Telefonszám (nem kötelező megadni):

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.

1.2. Az ápoló személy családi körülményeire vonatkozó adatok (Kérjük a megfelelőt jelölni!)

egyedül él

nem egyedül él

1.3. Az ápoló személy családjában élők adatai

Az ápoló személy családjában élők száma: ____ fő

	A	B	C	D	E	F
	A családban élő neve (születési neve)	Anyja neve	Születési helye, ideje (év, hó, nap)	TAJ	Családi kapcsolat megnevezése	Megjegyzés*
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

1.4. Jövedelmi adatok

Az ápoló személy, valamint a családjában élők havi jövedelme forintban:

	A	B	C			
1.	A jövedelem típusa	Kérelmező	A családban élők			
2.	Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó ebből közfoglalkoztatásból származó:					
3.	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó					
4.	Táppénz, gyermekgondozási támogatások					
5.	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások					
6.	Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások					
7.	Egyéb jövedelem					
8.	Összes jövedelem					

1.5. Nyilatkozatok

Felelősségem tudatában kijelentem, hogy

- regisztrált álláskereső vagyok,
- életvitelszerűen lakóhelyemen / tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzendó),
- az ápoló személyrel eltartási, életjáradéki vagy öröklési szerződést nem kötöttem.

2. Az ápoló személyre vonatkozó adatok

2.1. Személyes adatok

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, idő (év, hó, nap):

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Ha az ápoló személy cselekvőképességében korlátozott, a törvényes képviselő neve:

A törvényes képviselő lakcíme:

2.2. Nyilatkozat

Egyetértek azzal, hogy az otthoni ápolásomat, gondozásomat a települési ápolási támogatást igénylő hozzátartozóm végezze.

A kérelemhez csatolni kell a 6. számú melléklet szerinti házi orvosi igazolást!

Kelt:

.....
az ápoló személy aláírása

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