

- az ápolási tevékenységet:
a lakcímen / tartózkodási címen
az ápolat személy lakcímén / tartózkodási címén végzem
- életvitelszerűen a lakóhelyemen élek (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. Személyes adatok:

Neve: _____
Születési neve: _____
Anyja neve: _____
Születési hely, év, hó nap: _____
Lakcíme: _____
Tartózkodási címe: _____
Az ápolat végző személlyel való kapcsolat: _____
Ha az ápolat személy nem cselekvőképés, a törvényes képviselő neve: _____
A törvényes képviselő címe: _____

2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat:

Egyetérték 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 ápolat végző személy aláírása

az ápolat személy vagy törvényes
képviselője aláírása

IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY

az ápolási díj megállapításához / kötelező felülvizsgálatához

(Az ápolat személy háziiorvosa 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

- a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal ____ fokú szakértői bizottságának
_____ számú szakhatósági állásfoglalása vagy szakvéleménye, vagy

- _____ megyei gyermek szakfőorvos
_____ számú igazolása, vagy

- _____ fekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézmény
_____ szakrendelő intézet szakorvosa által kiadott _____
számú igazolás/zárójelentés, vagy

- a Tanulási Képességet vizsgáló Szakértő Bizottság _____ számú szakvéleménye alapján állítottam ki.

II. Szakvélemény 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.

Igazolás 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 töltött idő a kötelező tanórai foglalkozások időtartamát

megaladja

nem haladja meg

A „B”-„C” pontban foglaltak esetében az intézmény igénybevétele, illetőleg a „D” pont szerinti esetben az intézmény látogatási kötelezettségének időtartama átlagosan a napi 5 órát

megaladja

nem haladja meg

Az „A”-„D” pontban foglalt intézmény igénybevétele az ápolást végző személy rendszeres közreműködését

teszi szükségessé

nem teszi szükségessé

Dátum: _____

P.H.

intézményvezető