***Nemesvámos Község Képviselő-testülete***

***Szociális Bizottsága részére***

**KÉRELEM**

**az ápolási támogatás megállapítására**

***Az ápolást végző személyre vonatkozó adatok***

*Személyes adatok*

Neve: …………………………………………………………………………..…..…………..

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

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

Születési hely, idő (év, hó, nap): …………………………………………..……….……..…...

Lakóhelye:………………………………………………………………………………………

Tartózkodási helye: ………………………………………………………...………………….

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

Adószáma……………………………………………………………………………………….

Állampolgársága:……………………………………………………………………….……….

Az ápolt személlyel való rokoni kapcsolata:…………………………………………………….

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

Fizetési számlaszám (akkor kell megadni, ha a folyósítást fizetési számlaszámra kéri):

 …..………………….……………………………………………………………………………

A fizetési számlát vezető pénzintézet neve: …………………………………….………..……..

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.

***Az ápolt személyre vonatkozó adatok:***

Személyes adatok

Neve:……………………………………………………………………………………….…….

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

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

Születési hely, idő (év, hó, nap):  :…………..………………….………..………………..……..

Lakóhelye:   ………………………………………………………..…………………………….

Tartózkodási helye:    …………………………………………………………………………….

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

Ha az ápolt személy cselekvőképtelen, vagy cselekvőképességében teljesen korlátozott, a

törvényes képviselő neve:  ……………………………………………………………………….

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

***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.

***Jövedelemi adatok***

Az ápolást végző személy, valamint a vele közös háztartásban élő személyeknek a havi jövedelme forintban:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | A | B | C |
| **A jövedelem típusa** | **Kérelmező** | **A kérelmezővel közös háztartásban élő további személyek** |
| 1. | Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó |   |   |   |   |   |   |
| 2. | Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Táppénz, gyermekgondozási támogatások |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások |  |  |  |  |  |  |
| 5. | Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások |  |  |  |  |  |  |
| 6. | Egyéb jövedelem |  |  |  |  |  |  |
| 7. | **Összes jövedelem** |  |  |  |  |  |  |
| Egy főre jutó jövedelem:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ügyintéző tölti ki).  |  |

Alulírottak, az általunk megismert Adatvédelmi Tájékoztató tudomásul vételét követően jelen nyilatkozatunkkal kifejezetten hozzájárulunk ahhoz, hogy az Önkormányzat a jelen kérelemben szereplő adatokat a tevékenységének végzése céljából kezelje az Önkormányzat honlapján (www.nemesvamos.hu) elérhető Adatvédelmi és Adatkezelési Szabályzatában meghatározottak szerint.

Kelt: ...................................................................

.......................................................... …..……………………………….

   az ápolást végző személy aláírása      az ápolt személy aláírása