

<b>Az ügytípus megnevezése</b>	Ápolási díj
<b>Hatáskörrel rendelkező szerv</b>	Polgármester (átruházott hatáskörben)
<b>Eljáró szerv</b>	PH. Ügyfélszolgálati Osztály Szociális Irodája
<b>Illetékességi terület</b>	Jászberény
<b>Eljárási illeték</b>	Illetékmentes
<b>Ügyintézéshez szükséges dokumentumok</b>	<p>személyi azonosító igazolvány, lakcímkártya, TAJ számos kártya, nyugdíjnál, nyugdíjszerű ellátásnál, családi pótléknál, egyéb társadalombiztosítási juttatásnál az utolsó havi szelvényt</p> <p>adókártya, kérelem, orvosi igazolás és szakvélemény, jövedelemigazolások.</p> <p>A jövedelem számításának módja:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• a jövedelem számításánál a következő igazolásokat kell figyelembe venni:</li> <li>• önadózó esetében az APEH által az előző év jövedelméről kiadott igazolást;</li> <li>• munkaviszony esetén a munkáltató által kiadott utolsó havi nettó átlagkeresetet tartalmazó igazolást;</li> <li>• a fizetett, illetve kapott tartásdíjat a jogerős ítélet /egyezség / másolatával, ennek hiányában büntetőjogi felelőssége mellett tett nyilatkozatát;</li> <li>• nyugdíjnál, nyugdíjszerű ellátásnál, családi pótléknál, egyéb társadalombiztosítási juttatásnál az utolsó havi szelvényt.</li> </ul>
<b>Alapvető eljárási szabályok (jogszabályok)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A szociális igazgatásról és ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény</li> <li>▪ 2004. évi CXL. törvény a közigazgatási hatósági eljárás és szolgáltatás általános szabályairól</li> <li>▪ A pénzügyi és természetbeni szociális ellátások igénylésének és megállapításának, valamint folyósításának részletes szabályairól szóló 63/2006. (III.27.) Korm. rendelet</li> <li>▪ Jászberény város Önkormányzata Képviselő-testületének – a szociális ellátások helyi szabályairól szóló 4/2007. (II.15.) önkormányzati rendelete (továbbiakban: Ör.)</li> </ul>
<b>Eljárás megindító irat benyújtásának módja (helye, ideje)</b>	A kérelmet postai úton, vagy személyesen a PH. Ügyfélszolgálati Osztály Szociális Irodájához kell benyújtani.

<p style="text-align: center;"><b>Útmutató, az ügymenetre vonatköző tájékoztatás</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ápolási díjra jogosult - a jegyes kivételével - a hozzátartozó [Ptk. 685. § b) pontja], ha a 18. életévét betöltött tartósan beteg személy ápolását, gondozását végzi. A jogosultság megállapítása szempontjából figyelembe vehető családi jövedelemhatárt az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegénél, egyedülálló esetén annak 150%-ánál nem lehet több.</li> <li>▪ Méltányosságból ápolási díj állapítható meg annak a hozzátartozónak, aki 18. életévét betöltött tartósan beteg személy ápolását, gondozását végzi, abban az esetben, ha a családban az egy főre számított havi családi jövedelemhatár nem haladja meg az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének 150 %-át, egyedülálló esetén 200 %-át.</li> <li>▪ A méltányosságból megállapítható ápolási díj legkisebb összege az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének 80 %-a, a legfeljebb azonban az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének 100 %-a.</li> </ul>
<p><b>Ügyintézéshez használt letölthető formanyomtatványok</b></p>	<p>----- Igazolás és szakvélemény az ápolási díj megállapításához/kötelező felülvizsgálatához. <i>/rákattinva útmutatóként megjelenik a jövedelem számításának és igazolásának módja/</i></p>
<p><b>Kitöltési útmutatók</b></p>	<p>-----</p>
<p><b>Elektronikus ügyintézés</b></p>	<p>-----</p>

**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: .....  
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

**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.