

KÉRELEM
Beteggondozási támogatás megállapítására

1. Az ápolást végző személyre vonatkozó adatok

1.1. Személyes adatok

1.1.1. Neve:

1.1.2. Születési neve:

1.1.3. Anyja neve:

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

1.1.5. Lakóhelye:

1.1.6. Tartózkodási helye:

1.1.7. Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

1.1.8. Adóazonosító jele:

1.1.9. Állampolgársága:

1.1.10. Az ápolat személlyel való rokoni kapcsolata:

1.1.11. Telefonszám (nem kötelező megadni):

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

1.1.13. A fizetési számlát vezető pénzintézet neve:

.....

1.1.14. A kérelmező idegenrendészeti státusza (nem magyar állampolgárság esetén):

1.1.14.1. szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, vagy

1.1.14.2. EU kék kártyával rendelkező, vagy

1.1.14.3. bevándorolt/letelepedett, vagy

1.1.14.4. menekült/oltalmazott/hontalan.

2. Az ápolts személyre vonatkozó adatok

2.1. Személyes adatok

2.1.1. Neve:

2.1.2. Születési neve:

2.1.3. Anyja neve:

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

2.1.5. Lakóhelye:

2.1.6. Tartózkodási helye:

2.1.7. Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

2.1.8. Ha az ápolts személy nem cselekvőképés, a törvényes képviselő neve:

.....

2.1.9. A törvényes képviselő lakcíme:

.....

2.2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat

- Egyetértek azzal, hogy az otthoni ápolásomat, gondozásomat a beteggondozási támogatást kérelmező hozzátartozóm végezze.

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

4. Nyilatkozom, hogy a beteggondozási támogatás megállapítására vonatkozó kérelmem pozitív elbírálása esetén fellebbezési jogomról lemondok

Kelt:,

.....
az ápolást végző személy aláírása

.....
az ápolts személy
vagy törvényes képviselője aláírása

IGAZOLÁS

A

Beteg gondozási támogatás megállapításához/kötelező felülvizsgálatához

(Az ápoló személy házi orvosa tölti ki.)

I. Igazolom, hogy

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

tartósan beteg.

Fenti igazolást nevezett részére

.....

.....

számú szakorvosi igazolás/ orvosi szakvélemény alapján állítottam ki.

II. Szakvéleményem szerint a fent nevezett személy betegsége miatt állandó és tartós gondozásra szorul. A gondozás várható időtartama:

3 hónapnál hosszabb, vagy

3 hónapnál rövidebb.

Dátum:

.....

.....

házi orvos aláírása

munkahelyének címe

IGAZOLÁS

B

Beteg gondozási támogatás megállapításához/kötelező felülvizsgálatához

(Az ápoló személy háziorvosa tölti ki.)

I. Igazolom, hogy

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

szakvéleményem szerint a beteg gondozási támogatást igénylő személy

alkalmas

nem alkalmas

ápolási feladatok ellátására.

Dátum:

.....
.....
házi orvos aláírása
munkahelyének címe