Tartós ápolást végzők időskori támogatása iránti igény

Az ügyfél azonosító adatai:

TAJ száma:* - -

Családi név:* Utónév:*

Születési családi név:* Utónév:*

Anyja születési családi neve:* Utóneve:*

Születési helye:* Születési ideje:*

Lakóhelye:*

Irányítószám:* Település:*

Közterület neve:* Jellege:* Házszám:* Épület: Lépcsőház: Emelet: Ajtó:

Tartózkodási helye:

Irányítószám:* Település:*

Közterület neve:* Jellege:* Házszám:* Épület: Lépcsőház: Emelet: Ajtó:

Telefonszáma és/vagy e-mail címe:

Képviseletre vonatkozó adatok:

Ha a kérelmet törvényes képviselőként, vagy meghatalmazottként nyújtja be, kérjük, válasszon az alábbi lehetőségek közül:*

◯ az ügyfél gondnoka vagyok ◯ meghatalmazott vagyok

Gondnokként előterjesztett kérelem esetén csatolja a képviseleti jogosultságot igazoló okiratot, ennek hiányában kérjük, közölje a gyámhivatal címét, és a gondnok kirendelő határozat számát.

Gyámhivatal címe:

Gondnok kirendelő határozat száma:

Meghatalmazottként benyújtott kérelem esetén a meghatalmazó:*

◯ az ügyfél

◯ az ügyfél törvényes képviselője, azaz az ügyfél gondnoka

Aláírás:**

A " * " (csillaggal) jelölt mezők kitöltése kötelező!

A " ** " (csillaggal) jelölt mező kitöltése kötelező! Képviselő útján történő eljárás esetén az Aláírás mezőben a képviselőnek kell aláírni.

A törvényes képviselő azonosító adatai:

Akkor kell kitölteni, ha a kérelmet az ügyfél törvényes képviselője, vagy a törvényes képviselő meghatalmazottja nyújtja be.

Családi név:* Utónév:*

Születési családi név:* Utónév:*

Anyja születési családi neve:* Utóneve:*

Születési helye:* Születési ideje:*

Ha a törvényes képviselő és az ügyfél lakó- és tartózkodási helye eltérő, a törvényes képviselő lakóhelye:*

Irányítószám:* Település:*

Közterület neve:* Jellege:* Házszám:* Épület: Lépcsőház: Emelet: Ajtó:

A törvényes képviselő tartózkodási helye:

Irányítószám:* Település:*

Közterület neve:* Jellege:* Házszám:* Épület: Lépcsőház: Emelet: Ajtó:

Telefonszáma és/ vagy e-mail címe:

Meghatalmazott azonosító adatai:

Akkor kell kitölteni, ha a kérelmet meghatalmazott nyújtja be.

Családi név:* Utónév:*

Születési családi név:* Utónév:*

Anyja születési családi neve:* Utóneve:*

Születési helye:* Születési ideje:*

Meghatalmazott esetén a közokiratban, vagy a teljes bizonyító erejű magánokiratban tett meghatalmazást csatolni kell. Ha a meghatalmazás a Rendelkezési Nyilvántartásban szerepel, a rendelkezési azonosítót kell közölni:

Tájékoztatjuk, hogy a megadott adatokat a nyugdíjbiztosítási igazgatási szervek közfeladatuk ellátása, jogszabályi kötelezettségeik teljesítése céljából, a jogszabályokban előírtaknak megfelelően kezelik. A nyugdíjbiztosítási igazgatási szervek adatkezeléséről szóló tájékoztató a Magyar Államkincstár honlapján található.

Aláírás:**

A " * " (csillaggal) jelölt mezők kitöltése kötelező!

A " ** " (csillaggal) jelölt mező kitöltése kötelező! Képviselő útján történő eljárás esetén az Aláírás mezőben a képviselőnek kell aláírni.

Az igény elbírálásához szükséges adatok:

A kérelmező magyar állampolgár?*

◯ igen ◯ nem

Az alábbi kérdésre csak akkor kell válaszolnia, ha a kérelmező nem magyar állampolgár.

Milyen jogcímen tartózkodik Magyarországon?*

◯ a szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező EGT-állampolgár, vagy EGT-állampolgár családtagja

◯ bevándorolt vagy letelepedett

◯ hontalan

◯ menekültként vagy oltalmazottként elismert személy

◯ egyéb:

Jelölje meg, hogy ügyében melyik nyugdíjbiztosítási szerv járjon el!*

◯ a lakóhely szerint illetékes

◯ a tartózkodási hely szerint illetékes

A gyermek neve:

Titulus	Családi név:*	Utónév:*	2. utónév:

Életkorára való tekintet nélkül gyermeknek minősül a vér szerinti, az örökbe fogadott, a nevelésbe vett és a nevelt gyermek.

A gyermek tartósan beteg vagy súlyosan fogyatékos?*

◯ igen ◯ nem

A gyermek tartós betegségét vagy súlyos fogyatékosságát igazoló orvosi dokumentumokat csatolni kell.

A gyermeket a saját háztartásában gondozta, ápolta?*

◯ igen ◯ nem

A saját háztartásban történő ápolás, gondozás időtartama:*

- -

Folytatott-e keresőtevékenységet a gyermek ápolásának, gondozásának időtartama alatt?*

◯ igen ◯ nem

A keresőtevékenységet otthonában végezte?

◯ igen ◯ nem

Aláírás:**

A " ** " (csillaggal) jelölt mező kitöltése kötelező! Képviselő útján történő eljárás esetén az Aláírás mezőben a képviselőnek kell aláírni.

Gyermeke gondozása, ápolása címén részesült-e **ápolási díjban?***

◯ igen ◯ nem

Az ápolási díj folyósításának időtartama:

-

Az ápolási díjat megállapító szerv neve:

Az ápolási díjat megállapító határozat száma:

Az ápolási díj folyósításának időtartama:

-

Az ápolási díjat megállapító szerv neve:

Az ápolási díjat megállapító határozat száma:

Részesült-e **emelt összegű vagy kiemelt ápolási díjban?***

◯ igen ◯ nem

Az emelt összegű vagy kiemelt ápolási díj folyósításának időtartama:

-

Az emelt összegű vagy kiemelt ápolási díjat megállapító szerv neve:

Az emelt összegű vagy kiemelt ápolási díjat megállapító határozat száma:

Az emelt összegű vagy kiemelt ápolási díj folyósításának időtartama:

-

Az emelt összegű vagy kiemelt ápolási díjat megállapító szerv neve:

Az emelt összegű vagy kiemelt ápolási díjat megállapító határozat száma:

Amennyiben rendelkezésére áll, csatolja az erről szóló határozatot!

Aláírás:**

A " * " (csillaggal) jelölt mezők kitöltése kötelező!

A " ** " (csillaggal) jelölt mező kitöltése kötelező! Képviselő útján történő eljárás esetén az Aláírás mezőben a képviselőnek kell aláírni.

Tartósan beteg, illetve súlyosan fogyatékos gyermekére tekintettel részesült-e **gyermekgondozási segélyben vagy gyermekgondozást segítő ellátásban?***

◯ igen ◯ nem

A gyermekgondozási segély vagy gyermekgondozást segítő ellátás folyósításának időtartama:

- -

A gyermekgondozási segélyt vagy gyermekgondozást segítő ellátást megállapító szerv neve:

A megállapító határozat ügyszáma:*

A gyermekgondozási segély vagy gyermekgondozást segítő ellátás folyósításának időtartama:

- -

A gyermekgondozási segélyt vagy gyermekgondozást segítő ellátást megállapító szerv neve:

A megállapító határozat ügyszáma:*

Amennyiben rendelkezésére áll, csatolja az erről szóló határozatot!

Tartósan beteg, illetve súlyosan fogyatékos gyermekére tekintettel részesült-e **gyermekek otthongondozási díjában?***

◯ igen ◯ nem

A gyermekek otthongondozási díja folyósításának időtartama:

- -

A gyermekek otthongondozási díját megállapító szerv neve:

A megállapító határozat ügyszáma:*

A gyermekek otthongondozási díja folyósításának időtartama:

- -

A gyermekek otthongondozási díját megállapító szerv neve:

A megállapító határozat ügyszáma:*

Amennyiben rendelkezésére áll, csatolja az erről szóló határozatot!

Amennyiben több tartósan beteg vagy súlyosan fogyatékos gyermek gondozása, ápolása alapján igényli az ellátást, a további gyermek(ek) személyi adatait, és az elbíráláshoz szükséges bármely egyéb adatokat a nyomtatvány "Egyéb megjegyzés" rovatában lehet feltüntetni. Az így közölt adatokhoz tartozó dokumentumok csatolása is szükséges.

Aláírás:**

A " * " (csillaggal) jelölt mezők kitöltése kötelező!

A " ** " (csillaggal) jelölt mező kitöltése kötelező! Képviselő útján történő eljárás esetén az Aláírás mezőben a képviselőnek kell aláírni.

Egyéb megjegyzés:

Mellékelt iratok darabszáma:

Kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Kelt: _____ , _____ (év) _____ (hó) _____ (nap)

Igénylő sajátkezű aláírása

Igényfelvevő neve, aláírása:

A nyomtatványt olvashatóan, nyomtatott nagybetűvel és arab számokkal kell kitölteni. A választ a megfelelő kockába írt X-szel kell megadni.

Az igénylő aláírásának - az erre szolgáló rovatban - a nyomtatvány valamennyi oldalán szerepelnie kell.

Aláírás:**

A " * " (csillaggal) jelölt mezők kitöltése kötelező!

A " ** " (csillaggal) jelölt mező kitöltése kötelező! Képviselő útján történő eljárás esetén az Aláírás mezőben a képviselőnek kell aláírni.