

## KÉRELEM

<u>települési támogatás</u>	<u>Egyéb támogatás</u>
<input type="checkbox"/> települési támogatás létfenntartáshoz	<input type="checkbox"/> Bursa Hungarica Ösztöndíj
<input type="checkbox"/> települési támogatás temetkezéssel kapcsolatban felmerült költségek viseléséhez	<input type="checkbox"/> Szociális Ösztöndíj
<input type="checkbox"/> települési támogatás gyógyszerkiadások viseléséhez	<input type="checkbox"/> Első lakáshoz jutók támogatása
<input type="checkbox"/> települési támogatás lakhatáshoz kapcsolódó rendszeres kiadások viseléséhez	<input type="checkbox"/> hulladékszállítási díj támogatás
<input type="checkbox"/> települési támogatás 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozó gondozásához 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozó gondozásához	<input type="checkbox"/> lakbértámogatás
<u>Természetbeni támogatás</u>	<input type="checkbox"/> osztálykirándulási támogatás
<input type="checkbox"/> köztemetés	<input type="checkbox"/> beiskolázási segély
<input type="checkbox"/> karácsonyi támogatás	<input type="checkbox"/> tartós beteg személyek támogatása

**A kérelem részletes indokolása:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# JÖVEDELEMNYILATKOZAT

## Személyi adatok

1. Az ellátást igénylő neve:.....

Születési név:.....

Anyja neve:.....

Születési helye, ideje:.....

Családi állapot:.....

Társadalombiztosítási Adóazonosító Jel: \_\_\_\_\_

Folyószámlaszám: .....

2. Az ellátást igénylő bejelentett lakóhelyének címe:

.....

..... utca .....SZ.....

3. Az ellátást igénylő tartózkodási helyének címe:

.....

..... utca .....SZ.....

Lakáshasználat jogcíme: .....

4. Ha az ellátást igénylő nem cselekvőképés, a törvényes képviselő neve: .....

5. A törvényes képv. bejelentett lakóhelyének címe: .....

..... utca .....SZ.....

6. Az igénylővel egy háztartásban élő,

közeli hozzátartozók száma: .....fő

7. A közös háztartásban élők személyi adatai:

	Név	Anyja neve	Szül hely, idő	TAJ	Rokoni kapcsolat	Közoktatási intézmény (tanuló esetén kell kitölteni*)
a						
b						
c						
d						
e						

**Jövedelmi adatok (forintban)**

	Jövedelem típusai	Kérelmező jövedelme	Közeli hozzátartozók jövedelme				
			a)	b)	c)	d)	e)
<b>1</b>	Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó jövedelem, táppénz ebből: közfoglalkoztatásból származó jövedelem						
<b>2</b>	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó jövedelem						
<b>3</b>	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások						
<b>4</b>	A gyermek ellátásához és gondozásához kapcsolódó támogatások (GYED, GYES, GYET, családi pótlék, gyermektartásdíj stb.)						
<b>5</b>	Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások						
<b>6</b>	Egyéb jövedelem  (pl. ösztöndíj, értékpapírból származó jövedelem, kis összegű kifizetések stb.)						
<b>7</b>	<b>ÖSSZES NETTÓ JÖVEDELEM:</b>						

**Egy főre eső nettó jövedelem: .....Ft/fő**

Kérelmem indokolásaként az alábbi melléketeket csatolom:

.....  
.....  
.....

**HALÁLESET MIATTI RENDKÍVÜLI TELEPÜLÉSI TÁMOGATÁS IGÉNYLÉSE ESETÉN TÖLTENDŐ KI!**

Az elhunyt neve: .....

Születési helye, ideje: .....

Anyja neve: .....

Lakóhely:.....

Elhalálozás helye, ideje:.....

Halotti anyakönyvi kivonat száma: .....

Kérelmező az elhunyt eltemetetésére kötelezett      igen      nem\*      ( \* a megfelelő rész aláhúzendó)

Csatolásra került (a megfelelő aláhúzendó)

- halotti anyakönyvi kivonatot,
- a temetés költségeiről a segélyt kérő, vagy az egy háztartásban élő családtagja nevére kiállított számlák eredeti példányát.

A temetési segély megállapítását arra való tekintettel kérem, hogy .....

.....  
.....  
.....  
.....

**Temetési segély nem állapítható meg annak a személynek, aki a hadigondozásról szóló 1994. évi XLV. törvény alapján temetési hozzájárulásban részesül.**

Alulírott hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználáshoz.

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a NYILATKOZAT-ban közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Tudomásul veszem, hogy a NYILATKOZAT-ban közölt adatok valódiságát a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993.évi III. törvény 10. § (7) bekezdése alapján aszociális hatáskört gyakorló szerv – a NAV hatáskörrel és illetékességgel rendelkező adóigazgatósága útján - ellenőrizheti.

Újhartyán, 201...év.....hó.....nap.

.....  
az ellátást igénylő, vagy törvényes képviselőjének aláírása

## VAGYONNYILATKOZAT

### I. Ingatlanok

Megnevezés	1.	2.	3.
<b>Ingatlantulajdon fajtái*</b>			
<b>Címe:</b>			
<b>Alapterülete (m<sup>2</sup>)</b>			
<b>Tulajdoni hányada</b>			
<b>Szerzés ideje (év)</b>			
<b>Ingatlan becsült forgalmi értéke (Ft)</b>			
<b>Haszonélvezeti vagy özvegyi joggal terhelt</b>			

\*Ingatlantulajdon fajtái:

lakástulajdon, lakótelek-tulajdon, üdülőtulajdon, üdülőtelek-tulajdon, egyéb nem lakás céljára szolgáló épület-(épületrész-)tulajdon (zártkerti építmény, műhely, üzlet, műterem, rendelő, garázs stb.) termőföldtulajdon, vagy az ingatlantulajdonfajták használata

### II. Járművek

Megnevezés	1.	2.	3.
<b>Fajtája</b>			
<b>Típusa</b>			
<b>Rendszáma</b>			
<b>Évjárata</b>			
<b>Szerzési ideje</b>			
<b>Becsült forgalmi értéke</b>			

#### Vagyonhasznosítással kapcsolatos megjegyzések:

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a NYILATKOZAT-ban közölt adatok a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulok, hogy a nyilatkozatban szereplő adatokat az eljáró szerv ellenőrizze, arra vonatkozóan az ingatlan, illetve a gépjármű nyilvántartásból adatokat szerezzen be, illetve azokat kezelje.

Újhartyán, 201\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
az igénylő és a vele közös háztartásban élő  
nagykorú személyek a l á í r á s a

**SZÍVESKEDJENEK ÍRÁSBAN ÉRTESÍTENI !**



kérelmemre indult eljárásban az alábbi adatokról:

- a.) az ügy iktatási számáról,
- b.) az eljárás megindításának napjáról,
- c.) az ügyintézési határidőről,
- d.) az ügyintéző nevééről és hivatali elérhetőségéről

**Az eljárás megindításáról ÍRÁSBELI ÉRTESÍTÉST NEM KÉREK !**



**mert a hatóság a döntését határozatban közli velem.**

Kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulok a nyilatkozatban szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárásban történő felhasználásához, kezeléséhez.

Választását kérem jelölje be !

Újhartyán, .....

.....  
**kérelmező aláírása**

## KITÖLTÉSI ÚTMUTATÓ:

1. Lakóhely vagy tartózkodási hely: a kérelem benyújtását megelőzően az okmányirodánál bejelentett és a lakcímet igazolóérvényes hatósági igazolványba (lakcímkártyába) bejegyzett lakóhely vagy tartózkodási hely.

2. Közeli hozzátartozó:

a) a házastárs, az élettárs,

b) a húszévesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező; a huszonhárom évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, nappali oktatás munkarendje szerint tanulmányokat folytató; a huszonöt évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, felsőoktatási intézmény nappali tagozatán tanulmányokat folytató vér szerinti, örökbe fogadott, illetve nevelt gyermek,

c) korhatárra való tekintet nélkül a tartósan beteg, az autista, illetve a testi, érzékszervi, értelmi vagy beszéd fogyatékos vérszerinti, örökbe fogadott, illetve nevelt gyermek, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt (a továbbiakban: fogyatékos gyermek),

d) a 18. életévét be nem töltött gyermek vonatkozásában a vér szerinti és az örökbe fogadó szülő, illetve a szülő házastársa vagy élettársa;

3. Az egy háztartásban élő közeli hozzátartozók jövedelmét hozzátartozók szerint kell feltüntetni.

4. A jogosultság megállapításakor

a) a havi rendszerességgel járó – nem vállalkozásból, illetve őstermelői tevékenységből (a továbbiakban együtt: vállalkozás) származó – jövedelem esetén a kérelem benyújtását megelőző hónap jövedelmét,

b) a nem havi rendszerességgel szerzett, illetve vállalkozásból származó jövedelem esetén a kérelem benyújtásának hónapját közvetlenül megelőző tizenkét hónap alatt szerzett jövedelem egyhavi átlagát

kell figyelembe venni.

5. A jövedelemnyilatkozatban feltüntetett jövedelmekről a típusának megfelelő igazolást vagy annak fénymásolatát (nyugdíjszelvény, munkaáltatói igazolás, szerződés stb.) a jövedelemnyilatkozathoz csatolni kell.

6. Az egy főre jutó havi nettó családi jövedelem a havi családi összjövedelem osztva a közeli hozzátartozók számával.

7. Ha az ellátást igénylő nem cselekvőképes, helyette a törvényes képviselője jogosult az aláírásra.

# N y i l a t k o z a t

**települési támogatás 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozó gondozásához 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozó gondozásához települési támogatás igényléséhez**

(Az ápolást végző személy tölti ki.)

Alulírott

\_\_\_\_\_ (név)

\_\_\_\_\_ (születési

.hely, idő)

Újhartyán, \_\_\_\_\_

szám alatti lakos büntetőjogi felelősségem tudatában **k i j e l e n t e m**, hogy

1) családban (az egy háztartásban életvitelszerűen együttlakó hozzátartozók között) rajtam kívül ápolásra, gondozásra alkalmas más személy

van

nincs

2) korom, egészségi állapotom és fizikumom alapján, valamint az ápolat személy gondozási és ápolási igényére tekintettel az ápolási, gondozási tevékenységet

el tudom látni

nem tudom ellátni

3) az általam ápolat, gondozott személlyel tartási, életjáradéki vagy öröklési szerződése

van

nincs.

II. Az ápolat személyre vonatkozó adatok

1. Személyes adatok

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, év, hó, nap: .....

TAJ száma: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

Ha az ápolat személy nem cselekvőképes, a törvényes képviselő neve: .....

A törvényes képviselő lakcíme: .....

Egyetértek azzal, hogy az otthoni ápolásomat, gondozásomat az ápolási díjat kérelmező hozzátartozóm végezze.

Újhartyán, 201 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ápoló aláírása**

Megjegyzés: A megfelelő választ aláhúzással kell jelölni.

\_\_\_\_\_

**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

a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal vagy a rehabilitációs szakigazgatási szerv

..... számú szakhatósági állásfoglalása vagy 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: .....

.....

házi orvos aláírása  
munkahelyének címe

P. H.

## Tájékoztató

### a háziorvosi igazolás és szakvélemény kitöltéséhez

A megfelelő választ X-szel kell jelölni, illetve a hiányzó adatokat kitölteni.

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 41. § (3) bekezdése szerint az ápolási díjra való jogosultság szempontjából:

1. *Súlyosan fogyatékos személy az, akinek*

a) segédeszközzel vagy műtéti úton nem korrigálható módon látóképessége teljesen hiányzik, vagy aliglátóként minimális látásmaradvánnyal rendelkezik, és ezért kizárólag tapintó-halló életmód folytatására képes,

b) hallásvesztése olyan mértékű, hogy a beszédnek hallás útján történő megértésére és spontán elsajátítására segédeszközzel sem képes, és halláskárosodás miatt a hangzó beszéd érthető ejtése elmarad,

c) értelmi akadályozottsága genetikai, illetőleg magzati károsodás vagy szülési trauma következtében, továbbá tizennegyedik életévét megelőzően bekövetkező súlyos betegség miatt középsúlyos vagy annál nagyobb mértékű, továbbá aki IQ értékétől függetlenül a személyiség egészét érintő (pervazív) fejlődési zavarban szenved, és az autonómiai tesztek alapján állapota súlyosnak vagy középsúlyosnak minősíthető (BNO szerinti besorolása: F84.0-F84.9),

d) mozgásszervi károsodása, illetőleg funkciózavara olyan mértékű, hogy helyváltoztatása a külön jogszabályban meghatározott segédeszköz állandó és szükségszerű használatát igényli, vagy állapota miatt helyváltoztatásra még segédeszközzel sem képes, vagy végtaghiánya miatt önmaga ellátására nem képes és állandó ápolásra, gondozásra szorul.

2. *Tartósan beteg az a személy, aki előreláthatólag három hónapnál hosszabb időtartamban állandó ápolást, gondozást igényel.*

### Igazolás az 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 eltöltött idő a kötelező tanórai foglalkozások időtartamát

..... meghaladja ..... nem haladja meg.

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

..... meghaladja ..... nem haladja meg.

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

..... szükségessé teszi ..... nem teszi szükségessé.

Dátum: .....

P. H.

.....  
Intézményvezető

## KÉRELEM

<u>települési támogatás</u>	<u>Egyéb támogatás</u>
<input type="checkbox"/> települési támogatás létfenntartáshoz	<input type="checkbox"/> Bursa Hungarica Ösztöndíj
<input type="checkbox"/> települési támogatás temetkezéssel kapcsolatban felmerült költségek viseléséhez	<input type="checkbox"/> Szociális Ösztöndíj
<input type="checkbox"/> települési támogatás gyógyszerkiadások viseléséhez	<input type="checkbox"/> Első lakáshoz jutók támogatása
<input type="checkbox"/> települési támogatás lakhatáshoz kapcsolódó rendszeres kiadások viseléséhez	<input type="checkbox"/> hulladékszállítási díj támogatás
<input type="checkbox"/> települési támogatás 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozó gondozásához 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozó gondozásához	<input type="checkbox"/> lakbértámogatás
<u>Természetbeni támogatás</u>	<input type="checkbox"/> osztálykirándulási támogatás
<input type="checkbox"/> köztemetés	<input type="checkbox"/> beiskolázási segély
<input type="checkbox"/> karácsonyi támogatás	<input type="checkbox"/> tartós beteg személyek támogatása

**A kérelem részletes indokolása:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# JÖVEDELEMNYILATKOZAT

## Személyi adatok

1. Az ellátást igénylő neve:.....

Születési név:.....

Anyja neve:.....

Születési helye, ideje:.....

Családi állapot:.....

Társadalombiztosítási Adóazonosító Jel: \_\_\_\_\_

Folyószámlaszám: .....

2. Az ellátást igénylő bejelentett lakóhelyének címe:

.....

..... utca .....SZ.....

3. Az ellátást igénylő tartózkodási helyének címe:

.....

..... utca .....SZ.....

Lakáshasználat jogcíme: .....

4. Ha az ellátást igénylő nem cselekvőképés, a törvényes képviselő neve: .....

5. A törvényes képv. bejelentett lakóhelyének címe: .....

..... utca .....SZ.....

6. Az igénylővel egy háztartásban élő,

közeli hozzátartozók száma: .....fő

7. A közös háztartásban élők személyi adatai:

	Név	Anyja neve	Szül hely, idő	TAJ	Rokoni kapcsolat	Közoktatási intézmény (tanuló esetén kell kitölteni*)
a						
b						
c						
d						
e						

**Jövedelmi adatok (forintban)**

	Jövedelem típusai	Kérelmező jövedelme	Közeli hozzátartozók jövedelme				
			a)	b)	c)	d)	e)
<b>1</b>	Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó jövedelem, táppénz ebből: közfoglalkoztatásból származó jövedelem						
<b>2</b>	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó jövedelem						
<b>3</b>	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások						
<b>4</b>	A gyermek ellátásához és gondozásához kapcsolódó támogatások (GYED, GYES, GYET, családi pótlék, gyermektartásdíj stb.)						
<b>5</b>	Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások						
<b>6</b>	Egyéb jövedelem  (pl. ösztöndíj, értékpapírból származó jövedelem, kis összegű kifizetések stb.)						
<b>7</b>	<b>ÖSSZES NETTÓ JÖVEDELEM:</b>						

**Egy főre eső nettó jövedelem: .....Ft/fő**

Kérelmem indokolásaként az alábbi melléketeket csatolom:

.....  
.....  
.....

**HALÁLESET MIATTI RENDKÍVÜLI TELEPÜLÉSI TÁMOGATÁS IGÉNYLÉSE ESETÉN TÖLTENDŐ KI!**

Az elhunyt neve: .....

Születési helye, ideje: .....

Anyja neve: .....

Lakóhely:.....

Elhalálozás helye, ideje:.....

Halotti anyakönyvi kivonat száma: .....

Kérelmező az elhunyt eltemetetésére kötelezett      igen      nem\*      ( \* a megfelelő rész aláhúzendó)

Csatolásra került (a megfelelő aláhúzendó)

- halotti anyakönyvi kivonatot,
- a temetés költségeiről a segélyt kérő, vagy az egy háztartásban élő családtagja nevére kiállított számlák eredeti példányát.

A temetési segély megállapítását arra való tekintettel kérem, hogy .....

.....  
.....  
.....  
.....

**Temetési segély nem állapítható meg annak a személynek, aki a hadigondozásról szóló 1994. évi XLV. törvény alapján temetési hozzájárulásban részesül.**

Alulírott hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználáshoz.

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a NYILATKOZAT-ban közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Tudomásul veszem, hogy a NYILATKOZAT-ban közölt adatok valódiságát a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993.évi III. törvény 10. § (7) bekezdése alapján aszociális hatáskört gyakorló szerv – a NAV hatáskörrel és illetékességgel rendelkező adóigazgatósága útján - ellenőrizheti.

Újhartyán, 201...év.....hó.....nap.

.....  
az ellátást igénylő, vagy törvényes képviselőjének aláírása

## VAGYONNYILATKOZAT

### I. Ingatlanok

Megnevezés	1.	2.	3.
<b>Ingatlantulajdon fajtái*</b>			
<b>Címe:</b>			
<b>Alapterülete (m<sup>2</sup>)</b>			
<b>Tulajdoni hányada</b>			
<b>Szerzés ideje (év)</b>			
<b>Ingatlan becsült forgalmi értéke (Ft)</b>			
<b>Haszonélvezeti vagy özvegyi joggal terhelt</b>			

\*Ingatlantulajdon fajtái:

lakástulajdon, lakótelek-tulajdon, üdülőtulajdon, üdülőtelek-tulajdon, egyéb nem lakás céljára szolgáló épület-(épületrész-)tulajdon (zártkerti építmény, műhely, üzlet, műterem, rendelő, garázs stb.) termőföldtulajdon, vagy az ingatlantulajdonfajták használata

### II. Járművek

Megnevezés	1.	2.	3.
<b>Fajtája</b>			
<b>Típusa</b>			
<b>Rendszáma</b>			
<b>Évjárata</b>			
<b>Szerzési ideje</b>			
<b>Becsült forgalmi értéke</b>			

#### Vagyonhasznosítással kapcsolatos megjegyzések:

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a NYILATKOZAT-ban közölt adatok a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulok, hogy a nyilatkozatban szereplő adatokat az eljáró szerv ellenőrizze, arra vonatkozóan az ingatlan, illetve a gépjármű nyilvántartásból adatokat szerezzen be, illetve azokat kezelje.

Újhartyán, 201\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
az igénylő és a vele közös háztartásban élő  
nagykorú személyek a l á í r á s a

**SZÍVESKEDJENEK ÍRÁSBAN ÉRTESÍTENI !**



kérelmemre indult eljárásban az alábbi adatokról:

- a.) az ügy iktatási számáról,
- b.) az eljárás megindításának napjáról,
- c.) az ügyintézési határidőről,
- d.) az ügyintéző nevééről és hivatali elérhetőségéről

**Az eljárás megindításáról ÍRÁSBELI ÉRTESÍTÉST NEM KÉREK !**



**mert a hatóság a döntését határozatban közli velem.**

Kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulok a nyilatkozatban szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárásban történő felhasználásához, kezeléséhez.

Választását kérem jelölje be !

Újhartyán, .....

.....  
**kérelmező aláírása**



## KITÖLTÉSI ÚTMUTATÓ:

1. Lakóhely vagy tartózkodási hely: a kérelem benyújtását megelőzően az okmányirodánál bejelentett és a lakcímet igazolóérvényes hatósági igazolványba (lakcímkártyába) bejegyzett lakóhely vagy tartózkodási hely.

2. Közeli hozzátartozó:

a) a házastárs, az élettárs,

b) a húszévesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező; a huszonhárom évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, nappali oktatás munkarendje szerint tanulmányokat folytató; a huszonöt évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, felsőoktatási intézmény nappali tagozatán tanulmányokat folytató vér szerinti, örökbe fogadott, illetve nevelt gyermek,

c) korhatárra való tekintet nélkül a tartósan beteg, az autista, illetve a testi, érzékszervi, értelmi vagy beszéd fogyatékos vérszerinti, örökbe fogadott, illetve nevelt gyermek, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt (a továbbiakban: fogyatékos gyermek),

d) a 18. életévét be nem töltött gyermek vonatkozásában a vér szerinti és az örökbe fogadó szülő, illetve a szülő házastársa vagy élettársa;

3. Az egy háztartásban élő közeli hozzátartozók jövedelmét hozzátartozók szerint kell feltüntetni.

4. A jogosultság megállapításakor

a) a havi rendszerességgel járó – nem vállalkozásból, illetve őstermelői tevékenységből (a továbbiakban együtt: vállalkozás) származó – jövedelem esetén a kérelem benyújtását megelőző hónap jövedelmét,

b) a nem havi rendszerességgel szerzett, illetve vállalkozásból származó jövedelem esetén a kérelem benyújtásának hónapját közvetlenül megelőző tizenkét hónap alatt szerzett jövedelem egyhavi átlagát

kell figyelembe venni.

5. A jövedelemnyilatkozatban feltüntetett jövedelmekről a típusának megfelelő igazolást vagy annak fénymásolatát (nyugdíjszelvény, munkaáltatói igazolás, szerződés stb.) a jövedelemnyilatkozathoz csatolni kell.

6. Az egy főre jutó havi nettó családi jövedelem a havi családi összjövedelem osztva a közeli hozzátartozók számával.

7. Ha az ellátást igénylő nem cselekvőképes, helyette a törvényes képviselője jogosult az aláírásra.

# N y i l a t k o z a t

**települési támogatás 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozó gondozásához 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozó gondozásához települési támogatás igényléséhez**

(Az ápolást végző személy tölti ki.)

Alulírott

\_\_\_\_\_ (név)

\_\_\_\_\_ (születési

.hely, idő)

Újhartyán, \_\_\_\_\_

szám alatti lakos büntetőjogi felelősségem tudatában **k i j e l e n t e m**, hogy

1) családban (az egy háztartásban életvitelszerűen együttlakó hozzátartozók között) rajtam kívül ápolásra, gondozásra alkalmas más személy

van

nincs

2) korom, egészségi állapotom és fizikumom alapján, valamint az ápolat személy gondozási és ápolási igényére tekintettel az ápolási, gondozási tevékenységet

el tudom látni

nem tudom ellátni

3) az általam ápolat, gondozott személlyel tartási, életjáradéki vagy öröklési szerződés

van

nincs.

II. Az ápolat személyre vonatkozó adatok

1. Személyes adatok

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, év, hó, nap: .....

TAJ száma: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

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

A törvényes képviselő lakcíme: .....

Egyetértek azzal, hogy az otthoni ápolásomat, gondozásomat az ápolási díjat kérelmező hozzátartozóm végezze.

Újhartyán, 201 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ápoló aláírása**

**az ápolat személy vagy törvényes képviselője aláírása**

Megjegyzés: A megfelelő választ aláhúzással kell jelölni.

**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  
a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal vagy a rehabilitációs szakigazgatási szerv  
..... számú szakhatósági állásfoglalása vagy 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: .....

.....  
házi orvos aláírása  
munkahelyének címe

P. H.

## Tájékoztató

### a háziorvosi igazolás és szakvélemény kitöltéséhez

A megfelelő választ X-szel kell jelölni, illetve a hiányzó adatokat kitölteni.

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 41. § (3) bekezdése szerint az ápolási díjra való jogosultság szempontjából:

1. *Súlyosan fogyatékos személy az, akinek*

a) segédeszközzel vagy műtéti úton nem korrigálható módon látóképessége teljesen hiányzik, vagy aliglátóként minimális látásmaradvánnyal rendelkezik, és ezért kizárólag tapintó-halló életmód folytatására képes,

b) hallásvesztése olyan mértékű, hogy a beszédnek hallás útján történő megértésére és spontán elsajátítására segédeszközzel sem képes, és halláskárosodás miatt a hangzó beszéd érthető ejtése elmarad,

c) értelmi akadályozottsága genetikai, illetőleg magzati károsodás vagy szülési trauma következtében, továbbá tizennegyedik életévét megelőzően bekövetkező súlyos betegség miatt középsúlyos vagy annál nagyobb mértékű, továbbá aki IQ értékétől függetlenül a személyiség egészét érintő (pervazív) fejlődési zavarban szenved, és az autonómiai tesztek alapján állapota súlyosnak vagy középsúlyosnak minősíthető (BNO szerinti besorolása: F84.0-F84.9),

d) mozgásszervi károsodása, illetőleg funkciózavara olyan mértékű, hogy helyváltoztatása a külön jogszabályban meghatározott segédeszköz állandó és szükségszerű használatát igényli, vagy állapota miatt helyváltoztatásra még segédeszközzel sem képes, vagy végtaghiánya miatt önmaga ellátására nem képes és állandó ápolásra, gondozásra szorul.

2. *Tartósan beteg az a személy, aki előreláthatólag három hónapnál hosszabb időtartamban állandó ápolást, gondozást igényel.*

### Igazolás az 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 eltöltött idő a kötelező tanórai foglalkozások időtartamát

..... meghaladja ..... nem haladja meg.

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

..... meghaladja ..... nem haladja meg.

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

..... szükségessé teszi ..... nem teszi szükségessé.

Dátum: .....

P. H.

.....  
Intézményvezető

## KÉRELEM

<u>települési támogatás</u>	<u>Egyéb támogatás</u>
<input type="checkbox"/> települési támogatás létfenntartáshoz	<input type="checkbox"/> Bursa Hungarica Ösztöndíj
<input type="checkbox"/> települési támogatás temetkezéssel kapcsolatban felmerült költségek viseléséhez	<input type="checkbox"/> Szociális Ösztöndíj
<input type="checkbox"/> települési támogatás gyógyszerkiadások viseléséhez	<input type="checkbox"/> Első lakáshoz jutók támogatása
<input type="checkbox"/> települési támogatás lakhatáshoz kapcsolódó rendszeres kiadások viseléséhez	<input type="checkbox"/> hulladékszállítási díj támogatás
<input type="checkbox"/> települési támogatás 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozó gondozásához 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozó gondozásához	<input type="checkbox"/> lakbértámogatás
<u>Természetbeni támogatás</u>	<input type="checkbox"/> osztálykirándulási támogatás
<input type="checkbox"/> köztemetés	<input type="checkbox"/> beiskolázási segély
<input type="checkbox"/> karácsonyi támogatás	<input type="checkbox"/> tartós beteg személyek támogatása

**A kérelem részletes indokolása:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# JÖVEDELEMNYILATKOZAT

## Személyi adatok

1. Az ellátást igénylő neve:.....

Születési név:.....

Anyja neve:.....

Születési helye, ideje:.....

Családi állapot:.....

Társadalombiztosítási Adóazonosító Jel: \_\_\_\_\_

Folyószámlaszám: .....

2. Az ellátást igénylő bejelentett lakóhelyének címe:

.....

..... utca .....SZ.....

3. Az ellátást igénylő tartózkodási helyének címe:

.....

..... utca .....SZ.....

Lakáshasználat jogcíme: .....

4. Ha az ellátást igénylő nem cselekvőképés, a törvényes képviselő neve: .....

5. A törvényes képv. bejelentett lakóhelyének címe: .....

..... utca .....SZ.....

6. Az igénylővel egy háztartásban élő,

közeli hozzátartozók száma: .....fő

7. A közös háztartásban élők személyi adatai:

	Név	Anyja neve	Szül hely, idő	TAJ	Rokoni kapcsolat	Közoktatási intézmény (tanuló esetén kell kitölteni*)
a						
b						
c						
d						
e						

**Jövedelmi adatok (forintban)**

	Jövedelem típusai	Kérelmező jövedelme	Közeli hozzátartozók jövedelme				
			a)	b)	c)	d)	e)
<b>1</b>	Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó jövedelem, táppénz ebből: közfoglalkoztatásból származó jövedelem						
<b>2</b>	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó jövedelem						
<b>3</b>	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások						
<b>4</b>	A gyermek ellátásához és gondozásához kapcsolódó támogatások (GYED, GYES, GYET, családi pótlék, gyermektartásdíj stb.)						
<b>5</b>	Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások						
<b>6</b>	Egyéb jövedelem  (pl. ösztöndíj, értékpapírból származó jövedelem, kis összegű kifizetések stb.)						
<b>7</b>	<b>ÖSSZES NETTÓ JÖVEDELEM:</b>						

**Egy főre eső nettó jövedelem: .....Ft/fő**

Kérelmem indokolásaként az alábbi melléketeket csatolom:

.....  
.....  
.....

**HALÁLESET MIATTI RENDKÍVÜLI TELEPÜLÉSI TÁMOGATÁS IGÉNYLÉSE ESETÉN TÖLTENDŐ KI!**

Az elhunyt neve: .....

Születési helye, ideje: .....

Anyja neve: .....

Lakóhely:.....

Elhalálozás helye, ideje:.....

Halotti anyakönyvi kivonat száma: .....

Kérelmező az elhunyt eltemetetésére kötelezett      igen      nem\*      ( \* a megfelelő rész aláhúzendó)

Csatolásra került (a megfelelő aláhúzendó)

- halotti anyakönyvi kivonatot,
- a temetés költségeiről a segélyt kérő, vagy az egy háztartásban élő családtagja nevére kiállított számlák eredeti példányát.

A temetési segély megállapítását arra való tekintettel kérem, hogy .....

.....  
.....  
.....  
.....

**Temetési segély nem állapítható meg annak a személynek, aki a hadigondozásról szóló 1994. évi XLV. törvény alapján temetési hozzájárulásban részesül.**

Alulírott hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználáshoz.

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a NYILATKOZAT-ban közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Tudomásul veszem, hogy a NYILATKOZAT-ban közölt adatok valódiságát a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993.évi III. törvény 10. § (7) bekezdése alapján aszociális hatáskört gyakorló szerv – a NAV hatáskörrel és illetékességgel rendelkező adóigazgatósága útján - ellenőrizheti.

Újhartyán, 201...év.....hó.....nap.

.....  
az ellátást igénylő, vagy törvényes képviselőjének aláírása



## VAGYONNYILATKOZAT

### I. Ingatlanok

Megnevezés	1.	2.	3.
<b>Ingatlantulajdon fajtái*</b>			
<b>Címe:</b>			
<b>Alapterülete (m2)</b>			
<b>Tulajdoni hányada</b>			
<b>Szerzés ideje (év)</b>			
<b>Ingatlan becsült forgalmi értéke (Ft)</b>			
<b>Haszonélvezeti vagy özvegyi joggal terhelt</b>			

\*Ingatlantulajdon fajtái:

lakástulajdon, lakótelek-tulajdon, üdülőtulajdon, üdülőtelek-tulajdon, egyéb nem lakás céljára szolgáló épület-(épületrész-)tulajdon (zártkerti építmény, műhely, üzlet, műterem, rendelő, garázs stb.) termőföldtulajdon, vagy az ingatlantulajdonfajták használata

### II. Járművek

Megnevezés	1.	2.	3.
<b>Fajtája</b>			
<b>Típusa</b>			
<b>Rendszáma</b>			
<b>Évjárata</b>			
<b>Szerzési ideje</b>			
<b>Becsült forgalmi értéke</b>			

#### Vagyonhasznosítással kapcsolatos megjegyzések:

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a NYILATKOZAT-ban közölt adatok a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulok, hogy a nyilatkozatban szereplő adatokat az eljáró szerv ellenőrizze, arra vonatkozóan az ingatlan, illetve a gépjármű nyilvántartásból adatokat szerezzen be, illetve azokat kezelje.

Újhartyán, 201\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
az igénylő és a vele közös háztartásban élő  
nagykorú személyek a l á í r á s a

**SZÍVESKEDJENEK ÍRÁSBAN ÉRTESÍTENI !**



kérelmemre indult eljárásban az alábbi adatokról:

- a.) az ügy iktatási számáról,
- b.) az eljárás megindításának napjáról,
- c.) az ügyintézési határidőről,
- d.) az ügyintéző nevééről és hivatali elérhetőségéről

**Az eljárás megindításáról ÍRÁSBELI ÉRTESÍTÉST NEM KÉREK !**



**mert a hatóság a döntését határozatban közli velem.**

Kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulok a nyilatkozatban szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárásban történő felhasználásához, kezeléséhez.

Választását kérem jelölje be !

Újhartyán, .....

.....  
**kérelmező aláírása**

## KITÖLTÉSI ÚTMUTATÓ:

1. Lakóhely vagy tartózkodási hely: a kérelem benyújtását megelőzően az okmányirodánál bejelentett és a lakcímet igazolóérvényes hatósági igazolványba (lakcímkártyába) bejegyzett lakóhely vagy tartózkodási hely.

2. Közeli hozzátartozó:

a) a házastárs, az élettárs,

b) a húszévesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező; a huszonhárom évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, nappali oktatás munkarendje szerint tanulmányokat folytató; a huszonöt évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, felsőoktatási intézmény nappali tagozatán tanulmányokat folytató vér szerinti, örökbe fogadott, illetve nevelt gyermek,

c) korhatárra való tekintet nélkül a tartósan beteg, az autista, illetve a testi, érzékszervi, értelmi vagy beszéd fogyatékos vérszerinti, örökbe fogadott, illetve nevelt gyermek, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt (a továbbiakban: fogyatékos gyermek),

d) a 18. életévét be nem töltött gyermek vonatkozásában a vér szerinti és az örökbe fogadó szülő, illetve a szülő házastársa vagy élettársa;

3. Az egy háztartásban élő közeli hozzátartozók jövedelmét hozzátartozók szerint kell feltüntetni.

4. A jogosultság megállapításakor

a) a havi rendszerességgel járó – nem vállalkozásból, illetve őstermelői tevékenységből (a továbbiakban együtt: vállalkozás) származó – jövedelem esetén a kérelem benyújtását megelőző hónap jövedelmét,

b) a nem havi rendszerességgel szerzett, illetve vállalkozásból származó jövedelem esetén a kérelem benyújtásának hónapját közvetlenül megelőző tizenkét hónap alatt szerzett jövedelem egyhavi átlagát

kell figyelembe venni.

5. A jövedelemnyilatkozatban feltüntetett jövedelmekről a típusának megfelelő igazolást vagy annak fénymásolatát (nyugdíjszelvény, munkaáltatói igazolás, szerződés stb.) a jövedelemnyilatkozathoz csatolni kell.

6. Az egy főre jutó havi nettó családi jövedelem a havi családi összjövedelem osztva a közeli hozzátartozók számával.

7. Ha az ellátást igénylő nem cselekvőképes, helyette a törvényes képviselője jogosult az aláírásra.

# N y i l a t k o z a t

**települési támogatás 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozó gondozásához 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozó gondozásához települési támogatás igényléséhez**

(Az ápolást végző személy tölti ki.)

Alulírott

\_\_\_\_\_ (név)

\_\_\_\_\_ (születési

.hely, idő)

Újhartyán, \_\_\_\_\_

szám alatti lakos büntetőjogi felelősségem tudatában **k i j e l e n t e m**, hogy

1) családban (az egy háztartásban életvitelszerűen együttlakó hozzátartozók között) rajtam kívül ápolásra, gondozásra alkalmas más személy

van

nincs

2) korom, egészségi állapotom és fizikumom alapján, valamint az ápolat személy gondozási és ápolási igényére tekintettel az ápolási, gondozási tevékenységet

el tudom látni

nem tudom ellátni

3) az általam ápolat, gondozott személlyel tartási, életjáradéki vagy öröklési szerződése

van

nincs.

II. Az ápolat személyre vonatkozó adatok

1. Személyes adatok

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, év, hó, nap: .....

TAJ száma: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

Ha az ápolat személy nem cselekvőképes, a törvényes képviselő neve: .....

A törvényes képviselő lakcíme: .....

Egyetértek azzal, hogy az otthoni ápolásomat, gondozásomat az ápolási díjat kérelmező hozzátartozóm végezze.

Újhartyán, 201 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ápoló aláírása**

Megjegyzés: A megfelelő választ aláhúzással kell jelölni.

\_\_\_\_\_

**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

a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal vagy a rehabilitációs szakigazgatási szerv

..... számú szakhatósági állásfoglalása vagy 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.

## Tájékoztató

### a háziorvosi igazolás és szakvélemény kitöltéséhez

A megfelelő választ X-szel kell jelölni, illetve a hiányzó adatokat kitölteni.

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 41. § (3) bekezdése szerint az ápolási díjra való jogosultság szempontjából:

1. *Súlyosan fogyatékos személy az, akinek*

a) segédeszközzel vagy műtéti úton nem korrigálható módon látóképessége teljesen hiányzik, vagy aliglátóként minimális látásmaradvánnyal rendelkezik, és ezért kizárólag tapintó-halló életmód folytatására képes,

b) hallásvesztése olyan mértékű, hogy a beszédnek hallás útján történő megértésére és spontán elsajátítására segédeszközzel sem képes, és halláskárosodás miatt a hangzó beszéd érthető ejtése elmarad,

c) értelmi akadályozottsága genetikai, illetőleg magzati károsodás vagy szülési trauma következtében, továbbá tizennegyedik életévét megelőzően bekövetkező súlyos betegség miatt középsúlyos vagy annál nagyobb mértékű, továbbá aki IQ értékétől függetlenül a személyiség egészét érintő (pervazív) fejlődési zavarban szenved, és az autonómiai tesztek alapján állapota súlyosnak vagy középsúlyosnak minősíthető (BNO szerinti besorolása: F84.0-F84.9),

d) mozgásszervi károsodása, illetőleg funkciózavara olyan mértékű, hogy helyváltoztatása a külön jogszabályban meghatározott segédeszköz állandó és szükségszerű használatát igényli, vagy állapota miatt helyváltoztatásra még segédeszközzel sem képes, vagy végtaghiánya miatt önmaga ellátására nem képes és állandó ápolásra, gondozásra szorul.

2. *Tartósan beteg az a személy, aki előreláthatólag három hónapnál hosszabb időtartamban állandó ápolást, gondozást igényel.*

### Igazolás az 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 eltöltött idő a kötelező tanórai foglalkozások időtartamát

..... meghaladja ..... nem haladja meg.

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

..... meghaladja ..... nem haladja meg.

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

..... szükségessé teszi ..... nem teszi szükségessé.

Dátum: .....

P. H.

.....  
Intézményvezető

## KÉRELEM

<u>települési támogatás</u>	<u>Egyéb támogatás</u>
<input type="checkbox"/> települési támogatás létfenntartáshoz	<input type="checkbox"/> Bursa Hungarica Ösztöndíj
<input type="checkbox"/> települési támogatás temetkezéssel kapcsolatban felmerült költségek viseléséhez	<input type="checkbox"/> Szociális Ösztöndíj
<input type="checkbox"/> települési támogatás gyógyszerkiadások viseléséhez	<input type="checkbox"/> Első lakáshoz jutók támogatása
<input type="checkbox"/> települési támogatás lakhatáshoz kapcsolódó rendszeres kiadások viseléséhez	<input type="checkbox"/> hulladékszállítási díj támogatás
<input type="checkbox"/> települési támogatás 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozó gondozásához 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozó gondozásához	<input type="checkbox"/> lakbértámogatás
<u>Természetbeni támogatás</u>	<input type="checkbox"/> osztálykirándulási támogatás
<input type="checkbox"/> köztemetés	<input type="checkbox"/> beiskolázási segély
<input type="checkbox"/> karácsonyi támogatás	<input type="checkbox"/> tartós beteg személyek támogatása

**A kérelem részletes indokolása:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# JÖVEDELEMNYILATKOZAT

## Személyi adatok

1. Az ellátást igénylő neve:.....

Születési név:.....

Anyja neve:.....

Születési helye, ideje:.....

Családi állapot:.....

Társadalombiztosítási Adóazonosító Jel: \_\_\_\_\_

Folyószámlaszám: .....

2. Az ellátást igénylő bejelentett lakóhelyének címe:

.....

..... utca .....SZ.....

3. Az ellátást igénylő tartózkodási helyének címe:

.....

..... utca .....SZ.....

Lakáshasználat jogcíme: .....

4. Ha az ellátást igénylő nem cselekvőképés, a törvényes képviselő neve: .....

5. A törvényes képv. bejelentett lakóhelyének címe: .....

..... utca .....SZ.....

6. Az igénylővel egy háztartásban élő,

közeli hozzátartozók száma: .....fő

7. A közös háztartásban élők személyi adatai:

	Név	Anyja neve	Szül hely, idő	TAJ	Rokoni kapcsolat	Közoktatási intézmény (tanuló esetén kell kitölteni*)
a						
b						
c						
d						
e						



**Jövedelmi adatok (forintban)**

	Jövedelem típusai	Kérelmező jövedelme	Közeli hozzátartozók jövedelme				
			a)	b)	c)	d)	e)
<b>1</b>	Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó jövedelem, táppénz ebből: közfoglalkoztatásból származó jövedelem						
<b>2</b>	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó jövedelem						
<b>3</b>	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások						
<b>4</b>	A gyermek ellátásához és gondozásához kapcsolódó támogatások (GYED, GYES, GYET, családi pótlék, gyermektartásdíj stb.)						
<b>5</b>	Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások						
<b>6</b>	Egyéb jövedelem  (pl. ösztöndíj, értékpapírból származó jövedelem, kis összegű kifizetések stb.)						
<b>7</b>	<b>ÖSSZES NETTÓ JÖVEDELEM:</b>						

**Egy főre eső nettó jövedelem: .....Ft/fő**

Kérelmem indokolásaként az alábbi melléketeket csatolom:

.....  
.....  
.....

**HALÁLESET MIATTI RENDKÍVÜLI TELEPÜLÉSI TÁMOGATÁS IGÉNYLÉSE ESETÉN TÖLTENDŐ KI!**

Az elhunyt neve: .....

Születési helye, ideje: .....

Anyja neve: .....

Lakóhely:.....

Elhalálozás helye, ideje:.....

Halotti anyakönyvi kivonat száma: .....

Kérelmező az elhunyt eltemetetésére kötelezett      igen      nem\*      ( \* a megfelelő rész aláhúzendó)

Csatolásra került (a megfelelő aláhúzendó)

- halotti anyakönyvi kivonatot,
- a temetés költségeiről a segélyt kérő, vagy az egy háztartásban élő családtagja nevére kiállított számlák eredeti példányát.

A temetési segély megállapítását arra való tekintettel kérem, hogy .....

.....  
.....  
.....  
.....

**Temetési segély nem állapítható meg annak a személynek, aki a hadigondozásról szóló 1994. évi XLV. törvény alapján temetési hozzájárulásban részesül.**

Alulírott hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználáshoz.

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a NYILATKOZAT-ban közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Tudomásul veszem, hogy a NYILATKOZAT-ban közölt adatok valódiságát a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993.évi III. törvény 10. § (7) bekezdése alapján aszociális hatáskört gyakorló szerv – a NAV hatáskörrel és illetékességgel rendelkező adóigazgatósága útján - ellenőrizheti.

Újhartyán, 201...év.....hó.....nap.

.....  
az ellátást igénylő, vagy törvényes képviselőjének aláírása

## VAGYONNYILATKOZAT

### I. Ingatlanok

Megnevezés	1.	2.	3.
<b>Ingatlantulajdon fajtái*</b>			
<b>Címe:</b>			
<b>Alapterülete (m2)</b>			
<b>Tulajdoni hányada</b>			
<b>Szerzés ideje (év)</b>			
<b>Ingatlan becsült forgalmi értéke (Ft)</b>			
<b>Haszonélvezeti vagy özvegyi joggal terhelt</b>			

\*Ingatlantulajdon fajtái:

lakástulajdon, lakótelek-tulajdon, üdülőtulajdon, üdülőtelek-tulajdon, egyéb nem lakás céljára szolgáló épület-(épületrész-)tulajdon (zártkerti építmény, műhely, üzlet, műterem, rendelő, garázs stb.) termőföldtulajdon, vagy az ingatlantulajdonfajták használata

### II. Járművek

Megnevezés	1.	2.	3.
<b>Fajtája</b>			
<b>Típusa</b>			
<b>Rendszáma</b>			
<b>Évjárata</b>			
<b>Szerzési ideje</b>			
<b>Becsült forgalmi értéke</b>			

#### Vagyonhasznosítással kapcsolatos megjegyzések:

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a NYILATKOZAT-ban közölt adatok a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulok, hogy a nyilatkozatban szereplő adatokat az eljáró szerv ellenőrizze, arra vonatkozóan az ingatlan, illetve a gépjármű nyilvántartásból adatokat szerezzen be, illetve azokat kezelje.

Újhartyán, 201\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
az igénylő és a vele közös háztartásban élő  
nagykorú személyek a l á í r á s a

**SZÍVESKEDJENEK ÍRÁSBAN ÉRTESÍTENI !**



kérelmemre indult eljárásban az alábbi adatokról:

- a.) az ügy iktatási számáról,
- b.) az eljárás megindításának napjáról,
- c.) az ügyintézési határidőről,
- d.) az ügyintéző nevééről és hivatali elérhetőségéről

**Az eljárás megindításáról ÍRÁSBELI ÉRTESÍTÉST NEM KÉREK !**



**mert a hatóság a döntését határozatban közli velem.**

Kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulok a nyilatkozatban szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárásban történő felhasználásához, kezeléséhez.

Választását kérem jelölje be !

Újhartyán, .....

.....  
**kérelmező aláírása**

## KITÖLTÉSI ÚTMUTATÓ:

1. Lakóhely vagy tartózkodási hely: a kérelem benyújtását megelőzően az okmányirodánál bejelentett és a lakcímet igazolóérvényes hatósági igazolványba (lakcímkártyába) bejegyzett lakóhely vagy tartózkodási hely.

2. Közeli hozzátartozó:

a) a házastárs, az élettárs,

b) a húszévesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező; a huszonhárom évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, nappali oktatás munkarendje szerint tanulmányokat folytató; a huszonöt évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, felsőoktatási intézmény nappali tagozatán tanulmányokat folytató vér szerinti, örökbe fogadott, illetve nevelt gyermek,

c) korhatárra való tekintet nélkül a tartósan beteg, az autista, illetve a testi, érzékszervi, értelmi vagy beszéd fogyatékos vérszerinti, örökbe fogadott, illetve nevelt gyermek, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt (a továbbiakban: fogyatékos gyermek),

d) a 18. életévét be nem töltött gyermek vonatkozásában a vér szerinti és az örökbe fogadó szülő, illetve a szülő házastársa vagy élettársa;

3. Az egy háztartásban élő közeli hozzátartozók jövedelmét hozzátartozók szerint kell feltüntetni.

4. A jogosultság megállapításakor

a) a havi rendszerességgel járó – nem vállalkozásból, illetve őstermelői tevékenységből (a továbbiakban együtt: vállalkozás) származó – jövedelem esetén a kérelem benyújtását megelőző hónap jövedelmét,

b) a nem havi rendszerességgel szerzett, illetve vállalkozásból származó jövedelem esetén a kérelem benyújtásának hónapját közvetlenül megelőző tizenkét hónap alatt szerzett jövedelem egyhavi átlagát

kell figyelembe venni.

5. A jövedelemnyilatkozatban feltüntetett jövedelmekről a típusának megfelelő igazolást vagy annak fénymásolatát (nyugdíjszelvény, munkaáltatói igazolás, szerződés stb.) a jövedelemnyilatkozathoz csatolni kell.

6. Az egy főre jutó havi nettó családi jövedelem a havi családi összjövedelem osztva a közeli hozzátartozók számával.

7. Ha az ellátást igénylő nem cselekvőképes, helyette a törvényes képviselője jogosult az aláírásra.

# N y i l a t k o z a t

**települési támogatás 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozó gondozásához 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozó gondozásához települési támogatás igényléséhez**

(Az ápolást végző személy tölti ki.)

Alulírott

\_\_\_\_\_ (név)

\_\_\_\_\_ (születési

.hely, idő)

Újhartyán, \_\_\_\_\_

szám alatti lakos büntetőjogi felelősségem tudatában **k i j e l e n t e m**, hogy

1) családban (az egy háztartásban életvitelszerűen együttlakó hozzátartozók között) rajtam kívül ápolásra, gondozásra alkalmas más személy

van

nincs

2) korom, egészségi állapotom és fizikumom alapján, valamint az ápolat személy gondozási és ápolási igényére tekintettel az ápolási, gondozási tevékenységet

el tudom látni

nem tudom ellátni

3) az általam ápolat, gondozott személlyel tartási, életjáradéki vagy öröklési szerződése

van

nincs.

II. Az ápolat személyre vonatkozó adatok

1. Személyes adatok

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, év, hó, nap: .....

TAJ száma: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

Ha az ápolat személy nem cselekvőképes, a törvényes képviselő neve: .....

A törvényes képviselő lakcíme: .....

Egyetértek azzal, hogy az otthoni ápolásomat, gondozásomat az ápolási díjat kérelmező hozzátartozóm végezze.

Újhartyán, 201 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ápoló aláírása**

**az ápolat személy vagy törvényes képviselője aláírása**

Megjegyzés: A megfelelő választ aláhúzással kell jelölni.

**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  
a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal vagy a rehabilitációs szakigazgatási szerv  
..... számú szakhatósági állásfoglalása vagy 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: .....

.....  
házi orvos aláírása  
munkahelyének címe

P. H.

## Tájékoztató

### a háziorvosi igazolás és szakvélemény kitöltéséhez

A megfelelő választ X-szel kell jelölni, illetve a hiányzó adatokat kitölteni.

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 41. § (3) bekezdése szerint az ápolási díjra való jogosultság szempontjából:

1. *Súlyosan fogyatékos személy az, akinek*

a) segédeszközzel vagy műtéti úton nem korrigálható módon látóképessége teljesen hiányzik, vagy aliglátóként minimális látásmaradvánnyal rendelkezik, és ezért kizárólag tapintó-halló életmód folytatására képes,

b) hallásvesztése olyan mértékű, hogy a beszédnek hallás útján történő megértésére és spontán elsajátítására segédeszközzel sem képes, és halláskárosodás miatt a hangzó beszéd érthető ejtése elmarad,

c) értelmi akadályozottsága genetikai, illetőleg magzati károsodás vagy szülési trauma következtében, továbbá tizennegyedik életévét megelőzően bekövetkező súlyos betegség miatt középsúlyos vagy annál nagyobb mértékű, továbbá aki IQ értékétől függetlenül a személyiség egészét érintő (pervazív) fejlődési zavarban szenved, és az autonómiai tesztek alapján állapota súlyosnak vagy középsúlyosnak minősíthető (BNO szerinti besorolása: F84.0-F84.9),

d) mozgásszervi károsodása, illetőleg funkciózavara olyan mértékű, hogy helyváltoztatása a külön jogszabályban meghatározott segédeszköz állandó és szükségszerű használatát igényli, vagy állapota miatt helyváltoztatásra még segédeszközzel sem képes, vagy végtaghiánya miatt önmaga ellátására nem képes és állandó ápolásra, gondozásra szorul.

2. *Tartósan beteg az a személy, aki előreláthatólag három hónapnál hosszabb időtartamban állandó ápolást, gondozást igényel.*

### Igazolás az 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 eltöltött idő a kötelező tanórai foglalkozások időtartamát

..... meghaladja ..... nem haladja meg.

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

..... meghaladja ..... nem haladja meg.

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

..... szükségessé teszi ..... nem teszi szükségessé.

Dátum: .....

P. H.

.....  
Intézményvezető



## KÉRELEM

<u>települési támogatás</u>	<u>Egyéb támogatás</u>
<input type="checkbox"/> települési támogatás létfenntartáshoz	<input type="checkbox"/> Bursa Hungarica Ösztöndíj
<input type="checkbox"/> települési támogatás temetkezéssel kapcsolatban felmerült költségek viseléséhez	<input type="checkbox"/> Szociális Ösztöndíj
<input type="checkbox"/> települési támogatás gyógyszerkiadások viseléséhez	<input type="checkbox"/> Első lakáshoz jutók támogatása
<input type="checkbox"/> települési támogatás lakhatáshoz kapcsolódó rendszeres kiadások viseléséhez	<input type="checkbox"/> hulladékszállítási díj támogatás
<input type="checkbox"/> települési támogatás 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozó gondozásához 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozó gondozásához	<input type="checkbox"/> lakbértámogatás
<u>Természetbeni támogatás</u>	<input type="checkbox"/> osztálykirándulási támogatás
<input type="checkbox"/> köztemetés	<input type="checkbox"/> beiskolázási segély
<input type="checkbox"/> karácsonyi támogatás	<input type="checkbox"/> tartós beteg személyek támogatása

**A kérelem részletes indokolása:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# JÖVEDELEMNYILATKOZAT

## Személyi adatok

1. Az ellátást igénylő neve:.....

Születési név:.....

Anyja neve:.....

Születési helye, ideje:.....

Családi állapot:.....

Társadalombiztosítási Adóazonosító Jel: \_\_\_\_\_

Folyószámlaszám: .....

2. Az ellátást igénylő bejelentett lakóhelyének címe:

.....

..... utca .....SZ.....

3. Az ellátást igénylő tartózkodási helyének címe:

.....

..... utca .....SZ.....

Lakáshasználat jogcíme: .....

4. Ha az ellátást igénylő nem cselekvőképés, a törvényes képviselő neve: .....

5. A törvényes képv. bejelentett lakóhelyének címe: .....

..... utca .....SZ.....

6. Az igénylővel egy háztartásban élő,

közeli hozzátartozók száma: .....fő

7. A közös háztartásban élők személyi adatai:

	Név	Anyja neve	Szül hely, idő	TAJ	Rokoni kapcsolat	Közoktatási intézmény (tanuló esetén kell kitölteni*)
a						
b						
c						
d						
e						

**Jövedelmi adatok (forintban)**

	Jövedelem típusai	Kérelmező jövedelme	Közeli hozzátartozók jövedelme				
			a)	b)	c)	d)	e)
<b>1</b>	Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó jövedelem, táppénz ebből: közfoglalkoztatásból származó jövedelem						
<b>2</b>	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó jövedelem						
<b>3</b>	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások						
<b>4</b>	A gyermek ellátásához és gondozásához kapcsolódó támogatások (GYED, GYES, GYET, családi pótlék, gyermektartásdíj stb.)						
<b>5</b>	Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások						
<b>6</b>	Egyéb jövedelem  (pl. ösztöndíj, értékpapírból származó jövedelem, kis összegű kifizetések stb.)						
<b>7</b>	<b>ÖSSZES NETTÓ JÖVEDELEM:</b>						

**Egy főre eső nettó jövedelem: .....Ft/fő**

Kérelmem indokolásaként az alábbi melléketeket csatolom:

.....  
.....  
.....

**HALÁLESET MIATTI RENDKÍVÜLI TELEPÜLÉSI TÁMOGATÁS IGÉNYLÉSE ESETÉN TÖLTENDŐ KI!**

Az elhunyt neve: .....

Születési helye, ideje: .....

Anyja neve: .....

Lakóhely:.....

Elhalálozás helye, ideje:.....

Halotti anyakönyvi kivonat száma: .....

Kérelmező az elhunyt eltemetetésére kötelezett      igen      nem\*      ( \* a megfelelő rész aláhúzendó)

Csatolásra került (a megfelelő aláhúzendó)

- halotti anyakönyvi kivonatot,
- a temetés költségeiről a segélyt kérő, vagy az egy háztartásban élő családtagja nevére kiállított számlák eredeti példányát.

A temetési segély megállapítását arra való tekintettel kérem, hogy .....

.....  
.....  
.....  
.....

**Temetési segély nem állapítható meg annak a személynek, aki a hadigondozásról szóló 1994. évi XLV. törvény alapján temetési hozzájárulásban részesül.**

Alulírott hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználáshoz.

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a NYILATKOZAT-ban közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Tudomásul veszem, hogy a NYILATKOZAT-ban közölt adatok valódiságát a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993.évi III. törvény 10. § (7) bekezdése alapján aszociális hatáskört gyakorló szerv – a NAV hatáskörrel és illetékességgel rendelkező adóigazgatósága útján - ellenőrizheti.

Újhartyán, 201...év.....hó.....nap.

.....  
az ellátást igénylő, vagy törvényes képviselőjének aláírása

## VAGYONNYILATKOZAT

### I. Ingatlanok

Megnevezés	1.	2.	3.
<b>Ingatlantulajdon fajtái*</b>			
<b>Címe:</b>			
<b>Alapterülete (m<sup>2</sup>)</b>			
<b>Tulajdoni hányada</b>			
<b>Szerzés ideje (év)</b>			
<b>Ingatlan becsült forgalmi értéke (Ft)</b>			
<b>Haszonélvezeti vagy özvegyi joggal terhelt</b>			

\*Ingatlantulajdon fajtái:

lakástulajdon, lakótelek-tulajdon, üdülőtulajdon, üdülőtelek-tulajdon, egyéb nem lakás céljára szolgáló épület-(épületrész-)tulajdon (zártkerti építmény, műhely, üzlet, műterem, rendelő, garázs stb.) termőföldtulajdon, vagy az ingatlantulajdonfajták használata

### II. Járművek

Megnevezés	1.	2.	3.
<b>Fajtája</b>			
<b>Típusa</b>			
<b>Rendszáma</b>			
<b>Évjárata</b>			
<b>Szerzési ideje</b>			
<b>Becsült forgalmi értéke</b>			

#### Vagyonhasznosítással kapcsolatos megjegyzések:

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a NYILATKOZAT-ban közölt adatok a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulok, hogy a nyilatkozatban szereplő adatokat az eljáró szerv ellenőrizze, arra vonatkozóan az ingatlan, illetve a gépjármű nyilvántartásból adatokat szerezzen be, illetve azokat kezelje.

Újhartyán, 201\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
az igénylő és a vele közös háztartásban élő  
nagykorú személyek a l á í r á s a

**SZÍVESKEDJENEK ÍRÁSBAN ÉRTESÍTENI !**



kérelmemre indult eljárásban az alábbi adatokról:

- a.) az ügy iktatási számáról,
- b.) az eljárás megindításának napjáról,
- c.) az ügyintézési határidőről,
- d.) az ügyintéző nevééről és hivatali elérhetőségéről

**Az eljárás megindításáról ÍRÁSBELI ÉRTESÍTÉST NEM KÉREK !**



**mert a hatóság a döntését határozatban közli velem.**

Kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulok a nyilatkozatban szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárásban történő felhasználásához, kezeléséhez.

Választását kérem jelölje be !

Újhartyán, .....

.....  
**kérelmező aláírása**

## KITÖLTÉSI ÚTMUTATÓ:

1. Lakóhely vagy tartózkodási hely: a kérelem benyújtását megelőzően az okmányirodánál bejelentett és a lakcímet igazolóérvényes hatósági igazolványba (lakcímkártyába) bejegyzett lakóhely vagy tartózkodási hely.

2. Közeli hozzátartozó:

a) a házastárs, az élettárs,

b) a húszévesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező; a huszonhárom évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, nappali oktatás munkarendje szerint tanulmányokat folytató; a huszonöt évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, felsőoktatási intézmény nappali tagozatán tanulmányokat folytató vér szerinti, örökbe fogadott, illetve nevelt gyermek,

c) korhatárra való tekintet nélkül a tartósan beteg, az autista, illetve a testi, érzékszervi, értelmi vagy beszéd fogyatékos vérszerinti, örökbe fogadott, illetve nevelt gyermek, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt (a továbbiakban: fogyatékos gyermek),

d) a 18. életévét be nem töltött gyermek vonatkozásában a vér szerinti és az örökbe fogadó szülő, illetve a szülő házastársa vagy élettársa;

3. Az egy háztartásban élő közeli hozzátartozók jövedelmét hozzátartozók szerint kell feltüntetni.

4. A jogosultság megállapításakor

a) a havi rendszerességgel járó – nem vállalkozásból, illetve őstermelői tevékenységből (a továbbiakban együtt: vállalkozás) származó – jövedelem esetén a kérelem benyújtását megelőző hónap jövedelmét,

b) a nem havi rendszerességgel szerzett, illetve vállalkozásból származó jövedelem esetén a kérelem benyújtásának hónapját közvetlenül megelőző tizenkét hónap alatt szerzett jövedelem egyhavi átlagát

kell figyelembe venni.

5. A jövedelemnyilatkozatban feltüntetett jövedelmekről a típusának megfelelő igazolást vagy annak fénymásolatát (nyugdíjszelvény, munkaáltatói igazolás, szerződés stb.) a jövedelemnyilatkozathoz csatolni kell.

6. Az egy főre jutó havi nettó családi jövedelem a havi családi összjövedelem osztva a közeli hozzátartozók számával.

7. Ha az ellátást igénylő nem cselekvőképes, helyette a törvényes képviselője jogosult az aláírásra.

# N y i l a t k o z a t

**települési támogatás 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozó gondozásához 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozó gondozásához települési támogatás igényléséhez**

(Az ápolást végző személy tölti ki.)

Alulírott

\_\_\_\_\_ (név)

\_\_\_\_\_ (születési

.hely, idő)

Újhartyán, \_\_\_\_\_

szám alatti lakos büntetőjogi felelősségem tudatában **k i j e l e n t e m**, hogy

1) családban (az egy háztartásban életvitelszerűen együttlakó hozzátartozók között) rajtam kívül ápolásra, gondozásra alkalmas más személy

van

nincs

2) korom, egészségi állapotom és fizikumom alapján, valamint az ápolat személy gondozási és ápolási igényére tekintettel az ápolási, gondozási tevékenységet

el tudom látni

nem tudom ellátni

3) az általam ápolat, gondozott személlyel tartási, életjáradéki vagy öröklési szerződése

van

nincs.

II. Az ápolat személyre vonatkozó adatok

1. Személyes adatok

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, év, hó, nap: .....

TAJ száma: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

Ha az ápolat személy nem cselekvőképes, a törvényes képviselő neve: .....

A törvényes képviselő lakcíme: .....

Egyetértek azzal, hogy az otthoni ápolásomat, gondozásomat az ápolási díjat kérelmező hozzátartozóm végezze.

Újhartyán, 201 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ápoló aláírása**

Megjegyzés: A megfelelő választ aláhúzással kell jelölni.

\_\_\_\_\_

**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

a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal vagy a rehabilitációs szakigazgatási szerv

..... számú szakhatósági állásfoglalása vagy 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: .....

.....

házi orvos aláírása  
munkahelyének címe

P. H.

## Tájékoztató

### a háziorvosi igazolás és szakvélemény kitöltéséhez

A megfelelő választ X-szel kell jelölni, illetve a hiányzó adatokat kitölteni.

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 41. § (3) bekezdése szerint az ápolási díjra való jogosultság szempontjából:

1. *Súlyosan fogyatékos személy az, akinek*

a) segédeszközzel vagy műtéti úton nem korrigálható módon látóképessége teljesen hiányzik, vagy aliglátóként minimális látásmaradvánnyal rendelkezik, és ezért kizárólag tapintó-halló életmód folytatására képes,

b) hallásvesztése olyan mértékű, hogy a beszédnek hallás útján történő megértésére és spontán elsajátítására segédeszközzel sem képes, és halláskárosodás miatt a hangzó beszéd érthető ejtése elmarad,

c) értelmi akadályozottsága genetikai, illetőleg magzati károsodás vagy szülési trauma következtében, továbbá tizennegyedik életévét megelőzően bekövetkező súlyos betegség miatt középsúlyos vagy annál nagyobb mértékű, továbbá aki IQ értékétől függetlenül a személyiség egészét érintő (pervazív) fejlődési zavarban szenved, és az autonómiai tesztek alapján állapota súlyosnak vagy középsúlyosnak minősíthető (BNO szerinti besorolása: F84.0-F84.9),

d) mozgásszervi károsodása, illetőleg funkciózavara olyan mértékű, hogy helyváltoztatása a külön jogszabályban meghatározott segédeszköz állandó és szükségszerű használatát igényli, vagy állapota miatt helyváltoztatásra még segédeszközzel sem képes, vagy végtaghiánya miatt önmaga ellátására nem képes és állandó ápolásra, gondozásra szorul.

2. *Tartósan beteg az a személy, aki előreláthatólag három hónapnál hosszabb időtartamban állandó ápolást, gondozást igényel.*

### Igazolás az 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 eltöltött idő a kötelező tanórai foglalkozások időtartamát

..... meghaladja ..... nem haladja meg.

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

..... meghaladja ..... nem haladja meg.

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

..... szükségessé teszi ..... nem teszi szükségessé.

Dátum: .....

P. H.

.....  
Intézményvezető

## KÉRELEM

<u>települési támogatás</u>	<u>Egyéb támogatás</u>
<input type="checkbox"/> települési támogatás létfenntartáshoz	<input type="checkbox"/> Bursa Hungarica Ösztöndíj
<input type="checkbox"/> települési támogatás temetkezéssel kapcsolatban felmerült költségek viseléséhez	<input type="checkbox"/> Szociális Ösztöndíj
<input type="checkbox"/> települési támogatás gyógyszerkiadások viseléséhez	<input type="checkbox"/> Első lakáshoz jutók támogatása
<input type="checkbox"/> települési támogatás lakhatáshoz kapcsolódó rendszeres kiadások viseléséhez	<input type="checkbox"/> hulladékszállítási díj támogatás
<input type="checkbox"/> települési támogatás 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozó gondozásához 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozó gondozásához	<input type="checkbox"/> lakbértámogatás
<u>Természetbeni támogatás</u>	<input type="checkbox"/> osztálykirándulási támogatás
<input type="checkbox"/> köztemetés	<input type="checkbox"/> beiskolázási segély
<input type="checkbox"/> karácsonyi támogatás	<input type="checkbox"/> tartós beteg személyek támogatása

**A kérelem részletes indokolása:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# JÖVEDELEMNYILATKOZAT

## Személyi adatok

1. Az ellátást igénylő neve:.....

Születési név:.....

Anyja neve:.....

Születési helye, ideje:.....

Családi állapot:.....

Társadalombiztosítási Adóazonosító Jel: \_\_\_\_\_

Folyószámlaszám: .....

2. Az ellátást igénylő bejelentett lakóhelyének címe:

.....

..... utca .....SZ.....

3. Az ellátást igénylő tartózkodási helyének címe:

.....

..... utca .....SZ.....

Lakáshasználat jogcíme: .....

4. Ha az ellátást igénylő nem cselekvőképés, a törvényes képviselő neve: .....

5. A törvényes képv. bejelentett lakóhelyének címe: .....

..... utca .....SZ.....

6. Az igénylővel egy háztartásban élő,

közeli hozzátartozók száma: .....fő

7. A közös háztartásban élők személyi adatai:

	Név	Anyja neve	Szül hely, idő	TAJ	Rokoni kapcsolat	Közoktatási intézmény (tanuló esetén kell kitölteni*)
a						
b						
c						
d						
e						

**Jövedelmi adatok (forintban)**

	Jövedelem típusai	Kérelmező jövedelme	Közeli hozzátartozók jövedelme				
			a)	b)	c)	d)	e)
<b>1</b>	Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó jövedelem, táppénz ebből: közfoglalkoztatásból származó jövedelem						
<b>2</b>	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó jövedelem						
<b>3</b>	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások						
<b>4</b>	A gyermek ellátásához és gondozásához kapcsolódó támogatások (GYED, GYES, GYET, családi pótlék, gyermektartásdíj stb.)						
<b>5</b>	Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások						
<b>6</b>	Egyéb jövedelem  (pl. ösztöndíj, értékpapírból származó jövedelem, kis összegű kifizetések stb.)						
<b>7</b>	<b>ÖSSZES NETTÓ JÖVEDELEM:</b>						

**Egy főre eső nettó jövedelem: .....Ft/fő**

Kérelmem indokolásaként az alábbi mellékleteket csatolom:

.....  
.....  
.....

**HALÁLESET MIATTI RENDKÍVÜLI TELEPÜLÉSI TÁMOGATÁS IGÉNYLÉSE ESETÉN TÖLTENDŐ KI!**

Az elhunyt neve: .....

Születési helye, ideje: .....

Anyja neve: .....

Lakóhely:.....

Elhalálozás helye, ideje:.....

Halotti anyakönyvi kivonat száma: .....

Kérelmező az elhunyt eltemetetésére kötelezett      igen      nem\*      ( \* a megfelelő rész aláhúzendó)

Csatolásra került (a megfelelő aláhúzendó)

- halotti anyakönyvi kivonatot,
- a temetés költségeiről a segélyt kérő, vagy az egy háztartásban élő családtagja nevére kiállított számlák eredeti példányát.

A temetési segély megállapítását arra való tekintettel kérem, hogy .....

.....  
.....  
.....  
.....

**Temetési segély nem állapítható meg annak a személynek, aki a hadigondozásról szóló 1994. évi XLV. törvény alapján temetési hozzájárulásban részesül.**

Alulírott hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználáshoz.

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a NYILATKOZAT-ban közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Tudomásul veszem, hogy a NYILATKOZAT-ban közölt adatok valódiságát a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993.évi III. törvény 10. § (7) bekezdése alapján aszociális hatáskört gyakorló szerv – a NAV hatáskörrel és illetékességgel rendelkező adóigazgatósága útján - ellenőrizheti.

Újhartyán, 201...év.....hó.....nap.

.....  
az ellátást igénylő, vagy törvényes képviselőjének aláírása

## VAGYONNYILATKOZAT

### I. Ingatlanok

Megnevezés	1.	2.	3.
<b>Ingatlantulajdon fajtái*</b>			
<b>Címe:</b>			
<b>Alapterülete (m<sup>2</sup>)</b>			
<b>Tulajdoni hányada</b>			
<b>Szerzés ideje (év)</b>			
<b>Ingatlan becsült forgalmi értéke (Ft)</b>			
<b>Haszonélvezeti vagy özvegyi joggal terhelt</b>			

\*Ingatlantulajdon fajtái:

lakástulajdon, lakótelek-tulajdon, üdülőtulajdon, üdülőtelek-tulajdon, egyéb nem lakás céljára szolgáló épület-(épületrész-)tulajdon (zártkerti építmény, műhely, üzlet, műterem, rendelő, garázs stb.) termőföldtulajdon, vagy az ingatlantulajdonfajták használata

### II. Járművek

Megnevezés	1.	2.	3.
<b>Fajtája</b>			
<b>Típusa</b>			
<b>Rendszáma</b>			
<b>Évjárata</b>			
<b>Szerzési ideje</b>			
<b>Becsült forgalmi értéke</b>			

#### Vagyonhasznosítással kapcsolatos megjegyzések:

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a NYILATKOZAT-ban közölt adatok a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulok, hogy a nyilatkozatban szereplő adatokat az eljáró szerv ellenőrizze, arra vonatkozóan az ingatlan, illetve a gépjármű nyilvántartásból adatokat szerezzen be, illetve azokat kezelje.

Újhartyán, 201\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
az igénylő és a vele közös háztartásban élő  
nagykorú személyek a l á í r á s a

**SZÍVESKEDJENEK ÍRÁSBAN ÉRTESÍTENI !**



kérelmemre indult eljárásban az alábbi adatokról:

- a.) az ügy iktatási számáról,
- b.) az eljárás megindításának napjáról,
- c.) az ügyintézési határidőről,
- d.) az ügyintéző nevééről és hivatali elérhetőségéről

**Az eljárás megindításáról ÍRÁSBELI ÉRTESÍTÉST NEM KÉREK !**



**mert a hatóság a döntését határozatban közli velem.**

Kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulok a nyilatkozatban szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárásban történő felhasználásához, kezeléséhez.

Választását kérem jelölje be !

Újhartyán, .....

.....  
**kérelmező aláírása**



## KITÖLTÉSI ÚTMUTATÓ:

1. Lakóhely vagy tartózkodási hely: a kérelem benyújtását megelőzően az okmányirodánál bejelentett és a lakcímet igazolóérvényes hatósági igazolványba (lakcímkártyába) bejegyzett lakóhely vagy tartózkodási hely.

2. Közeli hozzátartozó:

a) a házastárs, az élettárs,

b) a húszévesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező; a huszonhárom évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, nappali oktatás munkarendje szerint tanulmányokat folytató; a huszonöt évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, felsőoktatási intézmény nappali tagozatán tanulmányokat folytató vér szerinti, örökbe fogadott, illetve nevelt gyermek,

c) korhatárra való tekintet nélkül a tartósan beteg, az autista, illetve a testi, érzékszervi, értelmi vagy beszéd fogyatékos vérszerinti, örökbe fogadott, illetve nevelt gyermek, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt (a továbbiakban: fogyatékos gyermek),

d) a 18. életévét be nem töltött gyermek vonatkozásában a vér szerinti és az örökbe fogadó szülő, illetve a szülő házastársa vagy élettársa;

3. Az egy háztartásban élő közeli hozzátartozók jövedelmét hozzátartozók szerint kell feltüntetni.

4. A jogosultság megállapításakor

a) a havi rendszerességgel járó – nem vállalkozásból, illetve őstermelői tevékenységből (a továbbiakban együtt: vállalkozás) származó – jövedelem esetén a kérelem benyújtását megelőző hónap jövedelmét,

b) a nem havi rendszerességgel szerzett, illetve vállalkozásból származó jövedelem esetén a kérelem benyújtásának hónapját közvetlenül megelőző tizenkét hónap alatt szerzett jövedelem egyhavi átlagát

kell figyelembe venni.

5. A jövedelemnyilatkozatban feltüntetett jövedelmekről a típusának megfelelő igazolást vagy annak fénymásolatát (nyugdíjszelvény, munkaáltatói igazolás, szerződés stb.) a jövedelemnyilatkozathoz csatolni kell.

6. Az egy főre jutó havi nettó családi jövedelem a havi családi összjövedelem osztva a közeli hozzátartozók számával.

7. Ha az ellátást igénylő nem cselekvőképes, helyette a törvényes képviselője jogosult az aláírásra.

# N y i l a t k o z a t

**települési támogatás 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozó gondozásához 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozó gondozásához települési támogatás igényléséhez**

(Az ápolást végző személy tölti ki.)

Alulírott

\_\_\_\_\_ (név)

\_\_\_\_\_ (születési

.hely, idő)

Újhartyán, \_\_\_\_\_

szám alatti lakos büntetőjogi felelősségem tudatában **k i j e l e n t e m**, hogy

1) családban (az egy háztartásban életvitelszerűen együttlakó hozzátartozók között) rajtam kívül ápolásra, gondozásra alkalmas más személy

van

nincs

2) korom, egészségi állapotom és fizikumom alapján, valamint az ápolat személy gondozási és ápolási igényére tekintettel az ápolási, gondozási tevékenységet

el tudom látni

nem tudom ellátni

3) az általam ápolat, gondozott személlyel tartási, életjáradéki vagy öröklési szerződésem

van

nincs.

II. Az ápolat személyre vonatkozó adatok

1. Személyes adatok

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, év, hó, nap: .....

TAJ száma: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

Ha az ápolat személy nem cselekvőképes, a törvényes képviselő neve: .....

A törvényes képviselő lakcíme: .....

Egyetértek azzal, hogy az otthoni ápolásomat, gondozásomat az ápolási díjat kérelmező hozzátartozóm végezze.

Újhartyán, 201 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ápoló aláírása**

**az ápolat személy vagy törvényes képviselője aláírása**

Megjegyzés: A megfelelő választ aláhúzással kell jelölni.

**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  
a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal vagy a rehabilitációs szakigazgatási szerv  
..... számú szakhatósági állásfoglalása vagy 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

## Tájékoztató

### a háziorvosi igazolás és szakvélemény kitöltéséhez

A megfelelő választ X-szel kell jelölni, illetve a hiányzó adatokat kitölteni.

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 41. § (3) bekezdése szerint az ápolási díjra való jogosultság szempontjából:

1. *Súlyosan fogyatékos személy az, akinek*

a) segédeszközzel vagy műtéti úton nem korrigálható módon látóképessége teljesen hiányzik, vagy aliglátóként minimális látásmaradvánnyal rendelkezik, és ezért kizárólag tapintó-halló életmód folytatására képes,

b) hallásvesztése olyan mértékű, hogy a beszédnek hallás útján történő megértésére és spontán elsajátítására segédeszközzel sem képes, és halláskárosodás miatt a hangzó beszéd érthető ejtése elmarad,

c) értelmi akadályozottsága genetikai, illetőleg magzati károsodás vagy szülési trauma következtében, továbbá tizennegyedik életévét megelőzően bekövetkező súlyos betegség miatt középsúlyos vagy annál nagyobb mértékű, továbbá aki IQ értékétől függetlenül a személyiség egészét érintő (pervazív) fejlődési zavarban szenved, és az autonómiai tesztek alapján állapota súlyosnak vagy középsúlyosnak minősíthető (BNO szerinti besorolása: F84.0-F84.9),

d) mozgásszervi károsodása, illetőleg funkciózavara olyan mértékű, hogy helyváltoztatása a külön jogszabályban meghatározott segédeszköz állandó és szükségszerű használatát igényli, vagy állapota miatt helyváltoztatásra még segédeszközzel sem képes, vagy végtaghiánya miatt önmaga ellátására nem képes és állandó ápolásra, gondozásra szorul.

2. *Tartósan beteg az a személy, aki előreláthatólag három hónapnál hosszabb időtartamban állandó ápolást, gondozást igényel.*

### Igazolás az 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 eltöltött idő a kötelező tanórai foglalkozások időtartamát

..... meghaladja ..... nem haladja meg.

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

..... meghaladja ..... nem haladja meg.

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

..... szükségessé teszi ..... nem teszi szükségessé.

Dátum: .....

P. H.

.....  
Intézményvezető

## KÉRELEM

<u>települési támogatás</u>	<u>Egyéb támogatás</u>
<input type="checkbox"/> települési támogatás létfenntartáshoz	<input type="checkbox"/> Bursa Hungarica Ösztöndíj
<input type="checkbox"/> települési támogatás temetkezéssel kapcsolatban felmerült költségek viseléséhez	<input type="checkbox"/> Szociális Ösztöndíj
<input type="checkbox"/> települési támogatás gyógyszerkiadások viseléséhez	<input type="checkbox"/> Első lakáshoz jutók támogatása
<input type="checkbox"/> települési támogatás lakhatáshoz kapcsolódó rendszeres kiadások viseléséhez	<input type="checkbox"/> hulladékszállítási díj támogatás
<input type="checkbox"/> települési támogatás 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozó gondozásához 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozó gondozásához	<input type="checkbox"/> lakbértámogatás
<u>Természetbeni támogatás</u>	<input type="checkbox"/> osztálykirándulási támogatás
<input type="checkbox"/> köztemetés	<input type="checkbox"/> beiskolázási segély
<input type="checkbox"/> karácsonyi támogatás	<input type="checkbox"/> tartós beteg személyek támogatása

**A kérelem részletes indokolása:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# JÖVEDELEMNYILATKOZAT

## Személyi adatok

1. Az ellátást igénylő neve:.....

Születési név:.....

Anyja neve:.....

Születési helye, ideje:.....

Családi állapot:.....

Társadalombiztosítási Adóazonosító Jel: \_\_\_\_\_

Folyószámlaszám: .....

2. Az ellátást igénylő bejelentett lakóhelyének címe:

.....

..... utca .....SZ.....

3. Az ellátást igénylő tartózkodási helyének címe:

.....

..... utca .....SZ.....

Lakáshasználat jogcíme: .....

4. Ha az ellátást igénylő nem cselekvőképés, a törvényes képviselő neve: .....

5. A törvényes képv. bejelentett lakóhelyének címe: .....

..... utca .....SZ.....

6. Az igénylővel egy háztartásban élő,

közeli hozzátartozók száma: .....fő

7. A közös háztartásban élők személyi adatai:

	Név	Anyja neve	Szül hely, idő	TAJ	Rokoni kapcsolat	Közoktatási intézmény (tanuló esetén kell kitölteni*)
a						
b						
c						
d						
e						

**Jövedelmi adatok (forintban)**

	Jövedelem típusai	Kérelmező jövedelme	Közeli hozzátartozók jövedelme				
			a)	b)	c)	d)	e)
<b>1</b>	Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó jövedelem, táppénz ebből: közfoglalkoztatásból származó jövedelem						
<b>2</b>	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó jövedelem						
<b>3</b>	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások						
<b>4</b>	A gyermek ellátásához és gondozásához kapcsolódó támogatások (GYED, GYES, GYET, családi pótlék, gyermektartásdíj stb.)						
<b>5</b>	Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások						
<b>6</b>	Egyéb jövedelem  (pl. ösztöndíj, értékpapírból származó jövedelem, kis összegű kifizetések stb.)						
<b>7</b>	<b>ÖSSZES NETTÓ JÖVEDELEM:</b>						

**Egy főre eső nettó jövedelem: .....Ft/fő**

Kérelmem indokolásaként az alábbi melléketeket csatolom:

.....  
.....  
.....

**HALÁLESET MIATTI RENDKÍVÜLI TELEPÜLÉSI TÁMOGATÁS IGÉNYLÉSE ESETÉN TÖLTENDŐ KI!**

Az elhunyt neve: .....

Születési helye, ideje: .....

Anyja neve: .....

Lakóhely:.....

Elhalálozás helye, ideje:.....

Halotti anyakönyvi kivonat száma: .....

Kérelmező az elhunyt eltemetetésére kötelezett      igen      nem\*      ( \* a megfelelő rész aláhúzendó)

Csatolásra került (a megfelelő aláhúzendó)

- halotti anyakönyvi kivonatot,
- a temetés költségeiről a segélyt kérő, vagy az egy háztartásban élő családtagja nevére kiállított számlák eredeti példányát.

A temetési segély megállapítását arra való tekintettel kérem, hogy .....

.....  
.....  
.....  
.....

**Temetési segély nem állapítható meg annak a személynek, aki a hadigondozásról szóló 1994. évi XLV. törvény alapján temetési hozzájárulásban részesül.**

Alulírott hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználáshoz.

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a NYILATKOZAT-ban közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Tudomásul veszem, hogy a NYILATKOZAT-ban közölt adatok valódiságát a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993.évi III. törvény 10. § (7) bekezdése alapján aszociális hatáskört gyakorló szerv – a NAV hatáskörrel és illetékességgel rendelkező adóigazgatósága útján - ellenőrizheti.

Újhartyán, 201...év.....hó.....nap.

.....  
az ellátást igénylő, vagy törvényes képviselőjének aláírása



## VAGYONNYILATKOZAT

### I. Ingatlanok

Megnevezés	1.	2.	3.
<b>Ingatlantulajdon fajtái*</b>			
<b>Címe:</b>			
<b>Alapterülete (m<sup>2</sup>)</b>			
<b>Tulajdoni hányada</b>			
<b>Szerzés ideje (év)</b>			
<b>Ingatlan becsült forgalmi értéke (Ft)</b>			
<b>Haszonélvezeti vagy özvegyi joggal terhelt</b>			

\*Ingatlantulajdon fajtái:

lakástulajdon, lakótelek-tulajdon, üdülőtulajdon, üdülőtelek-tulajdon, egyéb nem lakás céljára szolgáló épület-(épületrész-)tulajdon (zártkerti építmény, műhely, üzlet, műterem, rendelő, garázs stb.) termőföldtulajdon, vagy az ingatlantulajdonfajták használata

### II. Járművek

Megnevezés	1.	2.	3.
<b>Fajtája</b>			
<b>Típusa</b>			
<b>Rendszáma</b>			
<b>Évjárata</b>			
<b>Szerzési ideje</b>			
<b>Becsült forgalmi értéke</b>			

#### Vagyonhasznosítással kapcsolatos megjegyzések:

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a NYILATKOZAT-ban közölt adatok a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulok, hogy a nyilatkozatban szereplő adatokat az eljáró szerv ellenőrizze, arra vonatkozóan az ingatlan, illetve a gépjármű nyilvántartásból adatokat szerezzen be, illetve azokat kezelje.

Újhartyán, 201\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
az igénylő és a vele közös háztartásban élő  
nagykorú személyek a l á í r á s a

**SZÍVESKEDJENEK ÍRÁSBAN ÉRTESÍTENI !**



kérelmemre indult eljárásban az alábbi adatokról:

- a.) az ügy iktatási számáról,
- b.) az eljárás megindításának napjáról,
- c.) az ügyintézési határidőről,
- d.) az ügyintéző nevééről és hivatali elérhetőségéről

**Az eljárás megindításáról ÍRÁSBELI ÉRTESÍTÉST NEM KÉREK !**



**mert a hatóság a döntését határozatban közli velem.**

Kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulok a nyilatkozatban szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárásban történő felhasználásához, kezeléséhez.

Választását kérem jelölje be !

Újhartyán, .....

.....  
**kérelmező aláírása**

## KITÖLTÉSI ÚTMUTATÓ:

1. Lakóhely vagy tartózkodási hely: a kérelem benyújtását megelőzően az okmányirodánál bejelentett és a lakcímet igazolóérvényes hatósági igazolványba (lakcímkártyába) bejegyzett lakóhely vagy tartózkodási hely.

2. Közeli hozzátartozó:

a) a házastárs, az élettárs,

b) a húszévesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező; a huszonhárom évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, nappali oktatás munkarendje szerint tanulmányokat folytató; a huszonöt évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, felsőoktatási intézmény nappali tagozatán tanulmányokat folytató vér szerinti, örökbe fogadott, illetve nevelt gyermek,

c) korhatárra való tekintet nélkül a tartósan beteg, az autista, illetve a testi, érzékszervi, értelmi vagy beszéd fogyatékos vérszerinti, örökbe fogadott, illetve nevelt gyermek, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt (a továbbiakban: fogyatékos gyermek),

d) a 18. életévét be nem töltött gyermek vonatkozásában a vér szerinti és az örökbe fogadó szülő, illetve a szülő házastársa vagy élettársa;

3. Az egy háztartásban élő közeli hozzátartozók jövedelmét hozzátartozók szerint kell feltüntetni.

4. A jogosultság megállapításakor

a) a havi rendszerességgel járó – nem vállalkozásból, illetve őstermelői tevékenységből (a továbbiakban együtt: vállalkozás) származó – jövedelem esetén a kérelem benyújtását megelőző hónap jövedelmét,

b) a nem havi rendszerességgel szerzett, illetve vállalkozásból származó jövedelem esetén a kérelem benyújtásának hónapját közvetlenül megelőző tizenkét hónap alatt szerzett jövedelem egyhavi átlagát

kell figyelembe venni.

5. A jövedelemnyilatkozatban feltüntetett jövedelmekről a típusának megfelelő igazolást vagy annak fénymásolatát (nyugdíjszelvény, munkaáltatói igazolás, szerződés stb.) a jövedelemnyilatkozathoz csatolni kell.

6. Az egy főre jutó havi nettó családi jövedelem a havi családi összjövedelem osztva a közeli hozzátartozók számával.

7. Ha az ellátást igénylő nem cselekvőképes, helyette a törvényes képviselője jogosult az aláírásra.

# N y i l a t k o z a t

**települési támogatás 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozó gondozásához 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozó gondozásához települési támogatás igényléséhez**

(Az ápolást végző személy tölti ki.)

Alulírott

\_\_\_\_\_ (név)

\_\_\_\_\_ (születési

.hely, idő)

Újhartyán, \_\_\_\_\_

szám alatti lakos büntetőjogi felelősségem tudatában **k i j e l e n t e m**, hogy

1) családban (az egy háztartásban életvitelszerűen együttlakó hozzátartozók között) rajtam kívül ápolásra, gondozásra alkalmas más személy

van

nincs

2) korom, egészségi állapotom és fizikumom alapján, valamint az ápolat személy gondozási és ápolási igényére tekintettel az ápolási, gondozási tevékenységet

el tudom látni

nem tudom ellátni

3) az általam ápolat, gondozott személlyel tartási, életjáradéki vagy öröklési szerződésem

van

nincs.

II. Az ápolat személyre vonatkozó adatok

1. Személyes adatok

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, év, hó, nap: .....

TAJ száma: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

Ha az ápolat személy nem cselekvőképes, a törvényes képviselő neve: .....

A törvényes képviselő lakcíme: .....

Egyetértek azzal, hogy az otthoni ápolásomat, gondozásomat az ápolási díjat kérelmező hozzátartozóm végezze.

Újhartyán, 201 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ápoló aláírása**

**az ápolat személy vagy törvényes képviselője aláírása**

Megjegyzés: A megfelelő választ aláhúzással kell jelölni.

**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

a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal vagy a rehabilitációs szakigazgatási szerv

..... számú szakhatósági állásfoglalása vagy 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.

## Tájékoztató

### a háziorvosi igazolás és szakvélemény kitöltéséhez

A megfelelő választ X-szel kell jelölni, illetve a hiányzó adatokat kitölteni.

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 41. § (3) bekezdése szerint az ápolási díjra való jogosultság szempontjából:

1. *Súlyosan fogyatékos személy az, akinek*

a) segédeszközzel vagy műtéti úton nem korrigálható módon látóképessége teljesen hiányzik, vagy aliglátóként minimális látásmaradvánnyal rendelkezik, és ezért kizárólag tapintó-halló életmód folytatására képes,

b) hallásvesztése olyan mértékű, hogy a beszédnek hallás útján történő megértésére és spontán elsajátítására segédeszközzel sem képes, és halláskárosodás miatt a hangzó beszéd érthető ejtése elmarad,

c) értelmi akadályozottsága genetikai, illetőleg magzati károsodás vagy szülési trauma következtében, továbbá tizennegyedik életévét megelőzően bekövetkező súlyos betegség miatt középsúlyos vagy annál nagyobb mértékű, továbbá aki IQ értékétől függetlenül a személyiség egészét érintő (pervazív) fejlődési zavarban szenved, és az autonómiai tesztek alapján állapota súlyosnak vagy középsúlyosnak minősíthető (BNO szerinti besorolása: F84.0-F84.9),

d) mozgásszervi károsodása, illetőleg funkciózavara olyan mértékű, hogy helyváltoztatása a külön jogszabályban meghatározott segédeszköz állandó és szükségszerű használatát igényli, vagy állapota miatt helyváltoztatásra még segédeszközzel sem képes, vagy végtaghiánya miatt önmaga ellátására nem képes és állandó ápolásra, gondozásra szorul.

2. *Tartósan beteg az a személy, aki előreláthatólag három hónapnál hosszabb időtartamban állandó ápolást, gondozást igényel.*

### Igazolás az 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 eltöltött idő a kötelező tanórai foglalkozások időtartamát

..... meghaladja ..... nem haladja meg.

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

..... meghaladja ..... nem haladja meg.

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

..... szükségessé teszi ..... nem teszi szükségessé.

Dátum: .....

P. H.

.....  
Intézményvezető

## KÉRELEM

<u>települési támogatás</u>	<u>Egyéb támogatás</u>
<input type="checkbox"/> települési támogatás létfenntartáshoz	<input type="checkbox"/> Bursa Hungarica Ösztöndíj
<input type="checkbox"/> települési támogatás temetkezéssel kapcsolatban felmerült költségek viseléséhez	<input type="checkbox"/> Szociális Ösztöndíj
<input type="checkbox"/> települési támogatás gyógyszerkiadások viseléséhez	<input type="checkbox"/> Első lakáshoz jutók támogatása
<input type="checkbox"/> települési támogatás lakhatáshoz kapcsolódó rendszeres kiadások viseléséhez	<input type="checkbox"/> hulladékszállítási díj támogatás
<input type="checkbox"/> települési támogatás 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozó gondozásához 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozó gondozásához	<input type="checkbox"/> lakbértámogatás
<u>Természetbeni támogatás</u>	<input type="checkbox"/> osztálykirándulási támogatás
<input type="checkbox"/> köztemetés	<input type="checkbox"/> beiskolázási segély
<input type="checkbox"/> karácsonyi támogatás	<input type="checkbox"/> tartós beteg személyek támogatása

**A kérelem részletes indokolása:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# JÖVEDELEMNYILATKOZAT

## Személyi adatok

1. Az ellátást igénylő neve:.....

Születési név:.....

Anyja neve:.....

Születési helye, ideje:.....

Családi állapot:.....

Társadalombiztosítási Adóazonosító Jel: \_\_\_\_\_

Folyószámlaszám: .....

2. Az ellátást igénylő bejelentett lakóhelyének címe:

.....

..... utca .....SZ.....

3. Az ellátást igénylő tartózkodási helyének címe:

.....

..... utca .....SZ.....

Lakáshasználat jogcíme: .....

4. Ha az ellátást igénylő nem cselekvőképés, a törvényes képviselő neve: .....

5. A törvényes képv. bejelentett lakóhelyének címe: .....

..... utca .....SZ.....

6. Az igénylővel egy háztartásban élő,

közeli hozzátartozók száma: .....fő

7. A közös háztartásban élők személyi adatai:

	Név	Anyja neve	Szül hely, idő	TAJ	Rokoni kapcsolat	Közoktatási intézmény (tanuló esetén kell kitölteni*)
a						
b						
c						
d						
e						



**Jövedelmi adatok (forintban)**

	Jövedelem típusai	Kérelmező jövedelme	Közeli hozzátartozók jövedelme				
			a)	b)	c)	d)	e)
<b>1</b>	Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó jövedelem, táppénz ebből: közfoglalkoztatásból származó jövedelem						
<b>2</b>	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó jövedelem						
<b>3</b>	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások						
<b>4</b>	A gyermek ellátásához és gondozásához kapcsolódó támogatások (GYED, GYES, GYET, családi pótlék, gyermektartásdíj stb.)						
<b>5</b>	Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások						
<b>6</b>	Egyéb jövedelem  (pl. ösztöndíj, értékpapírból származó jövedelem, kis összegű kifizetések stb.)						
<b>7</b>	<b>ÖSSZES NETTÓ JÖVEDELEM:</b>						

**Egy főre eső nettó jövedelem: .....Ft/fő**

Kérelmem indokolásaként az alábbi melléketeket csatolom:

.....  
.....  
.....

**HALÁLESET MIATTI RENDKÍVÜLI TELEPÜLÉSI TÁMOGATÁS IGÉNYLÉSE ESETÉN TÖLTENDŐ KI!**

Az elhunyt neve: .....

Születési helye, ideje: .....

Anyja neve: .....

Lakóhely:.....

Elhalálozás helye, ideje:.....

Halotti anyakönyvi kivonat száma: .....

Kérelmező az elhunyt eltemetetésére kötelezett      igen      nem\*      ( \* a megfelelő rész aláhúzendó)

Csatolásra került (a megfelelő aláhúzendó)

- halotti anyakönyvi kivonatot,
- a temetés költségeiről a segélyt kérő, vagy az egy háztartásban élő családtagja nevére kiállított számlák eredeti példányát.

A temetési segély megállapítását arra való tekintettel kérem, hogy .....

.....  
.....  
.....  
.....

**Temetési segély nem állapítható meg annak a személynek, aki a hadigondozásról szóló 1994. évi XLV. törvény alapján temetési hozzájárulásban részesül.**

Alulírott hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználáshoz.

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a NYILATKOZAT-ban közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Tudomásul veszem, hogy a NYILATKOZAT-ban közölt adatok valódiságát a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993.évi III. törvény 10. § (7) bekezdése alapján aszociális hatáskört gyakorló szerv – a NAV hatáskörrel és illetékességgel rendelkező adóigazgatósága útján - ellenőrizheti.

Újhartyán, 201...év.....hó.....nap.

.....  
az ellátást igénylő, vagy törvényes képviselőjének aláírása

## VAGYONNYILATKOZAT

### I. Ingatlanok

Megnevezés	1.	2.	3.
<b>Ingatlantulajdon fajtái*</b>			
<b>Címe:</b>			
<b>Alapterülete (m<sup>2</sup>)</b>			
<b>Tulajdoni hányada</b>			
<b>Szerzés ideje (év)</b>			
<b>Ingatlan becsült forgalmi értéke (Ft)</b>			
<b>Haszonélvezeti vagy özvegyi joggal terhelt</b>			

\*Ingatlantulajdon fajtái:

lakástulajdon, lakótelek-tulajdon, üdülőtulajdon, üdülőtelek-tulajdon, egyéb nem lakás céljára szolgáló épület-(épületrész-)tulajdon (zártkerti építmény, műhely, üzlet, műterem, rendelő, garázs stb.) termőföldtulajdon, vagy az ingatlantulajdonfajták használata

### II. Járművek

Megnevezés	1.	2.	3.
<b>Fajtája</b>			
<b>Típusa</b>			
<b>Rendszáma</b>			
<b>Évjárata</b>			
<b>Szerzési ideje</b>			
<b>Becsült forgalmi értéke</b>			

#### Vagyonhasznosítással kapcsolatos megjegyzések:

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a NYILATKOZAT-ban közölt adatok a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulok, hogy a nyilatkozatban szereplő adatokat az eljáró szerv ellenőrizze, arra vonatkozóan az ingatlan, illetve a gépjármű nyilvántartásból adatokat szerezzen be, illetve azokat kezelje.

Újhartyán, 201\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
az igénylő és a vele közös háztartásban élő  
nagykorú személyek a l á í r á s a

**SZÍVESKEDJENEK ÍRÁSBAN ÉRTESÍTENI !**



kérelmemre indult eljárásban az alábbi adatokról:

- a.) az ügy iktatási számáról,
- b.) az eljárás megindításának napjáról,
- c.) az ügyintézési határidőről,
- d.) az ügyintéző nevééről és hivatali elérhetőségéről

**Az eljárás megindításáról ÍRÁSBELI ÉRTESÍTÉST NEM KÉREK !**



**mert a hatóság a döntését határozatban közli velem.**

Kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulok a nyilatkozatban szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárásban történő felhasználásához, kezeléséhez.

Választását kérem jelölje be !

Újhartyán, .....

.....  
**kérelmező aláírása**

## KITÖLTÉSI ÚTMUTATÓ:

1. Lakóhely vagy tartózkodási hely: a kérelem benyújtását megelőzően az okmányirodánál bejelentett és a lakcímet igazolóérvényes hatósági igazolványba (lakcímkártyába) bejegyzett lakóhely vagy tartózkodási hely.

2. Közeli hozzátartozó:

a) a házastárs, az élettárs,

b) a húszévesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező; a huszonhárom évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, nappali oktatás munkarendje szerint tanulmányokat folytató; a huszonöt évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, felsőoktatási intézmény nappali tagozatán tanulmányokat folytató vér szerinti, örökbe fogadott, illetve nevelt gyermek,

c) korhatárra való tekintet nélkül a tartósan beteg, az autista, illetve a testi, érzékszervi, értelmi vagy beszéd fogyatékos vérszerinti, örökbe fogadott, illetve nevelt gyermek, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt (a továbbiakban: fogyatékos gyermek),

d) a 18. életévét be nem töltött gyermek vonatkozásában a vér szerinti és az örökbe fogadó szülő, illetve a szülő házastársa vagy élettársa;

3. Az egy háztartásban élő közeli hozzátartozók jövedelmét hozzátartozók szerint kell feltüntetni.

4. A jogosultság megállapításakor

a) a havi rendszerességgel járó – nem vállalkozásból, illetve őstermelői tevékenységből (a továbbiakban együtt: vállalkozás) származó – jövedelem esetén a kérelem benyújtását megelőző hónap jövedelmét,

b) a nem havi rendszerességgel szerzett, illetve vállalkozásból származó jövedelem esetén a kérelem benyújtásának hónapját közvetlenül megelőző tizenkét hónap alatt szerzett jövedelem egyhavi átlagát

kell figyelembe venni.

5. A jövedelemnyilatkozatban feltüntetett jövedelmekről a típusának megfelelő igazolást vagy annak fénymásolatát (nyugdíjszelvény, munkaáltatói igazolás, szerződés stb.) a jövedelemnyilatkozathoz csatolni kell.

6. Az egy főre jutó havi nettó családi jövedelem a havi családi összjövedelem osztva a közeli hozzátartozók számával.

7. Ha az ellátást igénylő nem cselekvőképes, helyette a törvényes képviselője jogosult az aláírásra.

# N y i l a t k o z a t

**települési támogatás 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozó gondozásához 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozó gondozásához települési támogatás igényléséhez**

(Az ápolást végző személy tölti ki.)

Alulírott

\_\_\_\_\_ (név)

\_\_\_\_\_ (születési

.hely, idő)

Újhartyán, \_\_\_\_\_

szám alatti lakos büntetőjogi felelősségem tudatában **k i j e l e n t e m**, hogy

1) családban (az egy háztartásban életvitelszerűen együttlakó hozzátartozók között) rajtam kívül ápolásra, gondozásra alkalmas más személy

van

nincs

2) korom, egészségi állapotom és fizikumom alapján, valamint az ápolat személy gondozási és ápolási igényére tekintettel az ápolási, gondozási tevékenységet

el tudom látni

nem tudom ellátni

3) az általam ápolat, gondozott személlyel tartási, életjáradéki vagy öröklési szerződése

van

nincs.

II. Az ápolat személyre vonatkozó adatok

1. Személyes adatok

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, év, hó, nap: .....

TAJ száma: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

Ha az ápolat személy nem cselekvőképes, a törvényes képviselő neve: .....

A törvényes képviselő lakcíme: .....

Egyetértek azzal, hogy az otthoni ápolásomat, gondozásomat az ápolási díjat kérelmező hozzátartozóm végezze.

Újhartyán, 201 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ápoló aláírása**

Megjegyzés: A megfelelő választ aláhúzással kell jelölni.

\_\_\_\_\_

**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  
a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal vagy a rehabilitációs szakigazgatási szerv  
..... számú szakhatósági állásfoglalása vagy 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.

## Tájékoztató

### a háziorvosi igazolás és szakvélemény kitöltéséhez

A megfelelő választ X-szel kell jelölni, illetve a hiányzó adatokat kitölteni.

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 41. § (3) bekezdése szerint az ápolási díjra való jogosultság szempontjából:

1. *Súlyosan fogyatékos személy az, akinek*

a) segédeszközzel vagy műtéti úton nem korrigálható módon látóképessége teljesen hiányzik, vagy aliglátóként minimális látásmaradvánnyal rendelkezik, és ezért kizárólag tapintó-halló életmód folytatására képes,

b) hallásvesztése olyan mértékű, hogy a beszédnek hallás útján történő megértésére és spontán elsajátítására segédeszközzel sem képes, és halláskárosodás miatt a hangzó beszéd érthető ejtése elmarad,

c) értelmi akadályozottsága genetikai, illetőleg magzati károsodás vagy szülési trauma következtében, továbbá tizennegyedik életévét megelőzően bekövetkező súlyos betegség miatt középsúlyos vagy annál nagyobb mértékű, továbbá aki IQ értékétől függetlenül a személyiség egészét érintő (pervazív) fejlődési zavarban szenved, és az autonómiai tesztek alapján állapota súlyosnak vagy középsúlyosnak minősíthető (BNO szerinti besorolása: F84.0-F84.9),

d) mozgásszervi károsodása, illetőleg funkciózavara olyan mértékű, hogy helyváltoztatása a külön jogszabályban meghatározott segédeszköz állandó és szükségszerű használatát igényli, vagy állapota miatt helyváltoztatásra még segédeszközzel sem képes, vagy végtaghiánya miatt önmaga ellátására nem képes és állandó ápolásra, gondozásra szorul.

2. *Tartósan beteg az a személy, aki előreláthatólag három hónapnál hosszabb időtartamban állandó ápolást, gondozást igényel.*

### Igazolás az 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 eltöltött idő a kötelező tanórai foglalkozások időtartamát

..... meghaladja ..... nem haladja meg.

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

..... meghaladja ..... nem haladja meg.

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

..... szükségessé teszi ..... nem teszi szükségessé.

Dátum: .....

P. H.

.....  
Intézményvezető



## KÉRELEM

<u>települési támogatás</u>	<u>Egyéb támogatás</u>
<input type="checkbox"/> települési támogatás létfenntartáshoz	<input type="checkbox"/> Bursa Hungarica Ösztöndíj
<input type="checkbox"/> települési támogatás temetkezéssel kapcsolatban felmerült költségek viseléséhez	<input type="checkbox"/> Szociális Ösztöndíj
<input type="checkbox"/> települési támogatás gyógyszerkiadások viseléséhez	<input type="checkbox"/> Első lakáshoz jutók támogatása
<input type="checkbox"/> települési támogatás lakhatáshoz kapcsolódó rendszeres kiadások viseléséhez	<input type="checkbox"/> hulladékszállítási díj támogatás
<input type="checkbox"/> települési támogatás 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozó gondozásához 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozó gondozásához	<input type="checkbox"/> lakbértámogatás
<u>Természetbeni támogatás</u>	<input type="checkbox"/> osztálykirándulási támogatás
<input type="checkbox"/> köztemetés	<input type="checkbox"/> beiskolázási segély
<input type="checkbox"/> karácsonyi támogatás	<input type="checkbox"/> tartós beteg személyek támogatása

**A kérelem részletes indokolása:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# JÖVEDELEMNYILATKOZAT

## Személyi adatok

1. Az ellátást igénylő neve:.....

Születési név:.....

Anyja neve:.....

Születési helye, ideje:.....

Családi állapot:.....

Társadalombiztosítási Adóazonosító Jel: \_\_\_\_\_

Folyószámlaszám: .....

2. Az ellátást igénylő bejelentett lakóhelyének címe:

.....

..... utca .....SZ.....

3. Az ellátást igénylő tartózkodási helyének címe:

.....

..... utca .....SZ.....

Lakáshasználat jogcíme: .....

4. Ha az ellátást igénylő nem cselekvőképés, a törvényes képviselő neve: .....

5. A törvényes képv. bejelentett lakóhelyének címe: .....

..... utca .....SZ.....

6. Az igénylővel egy háztartásban élő,

közeli hozzátartozók száma: .....fő

7. A közös háztartásban élők személyi adatai:

	Név	Anyja neve	Szül hely, idő	TAJ	Rokoni kapcsolat	Közoktatási intézmény (tanuló esetén kell kitölteni*)
a						
b						
c						
d						
e						

**Jövedelmi adatok (forintban)**

	Jövedelem típusai	Kérelmező jövedelme	Közeli hozzátartozók jövedelme				
			a)	b)	c)	d)	e)
<b>1</b>	Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó jövedelem, táppénz ebből: közfoglalkoztatásból származó jövedelem						
<b>2</b>	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó jövedelem						
<b>3</b>	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások						
<b>4</b>	A gyermek ellátásához és gondozásához kapcsolódó támogatások (GYED, GYES, GYET, családi pótlék, gyermektartásdíj stb.)						
<b>5</b>	Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások						
<b>6</b>	Egyéb jövedelem  (pl. ösztöndíj, értékpapírból származó jövedelem, kis összegű kifizetések stb.)						
<b>7</b>	<b>ÖSSZES NETTÓ JÖVEDELEM:</b>						

**Egy főre eső nettó jövedelem: .....Ft/fő**

Kérelmem indokolásaként az alábbi melléketeket csatolom:

.....  
.....  
.....

**HALÁLESET MIATTI RENDKÍVÜLI TELEPÜLÉSI TÁMOGATÁS IGÉNYLÉSE ESETÉN TÖLTENDŐ KI!**

Az elhunyt neve: .....

Születési helye, ideje: .....

Anyja neve: .....

Lakóhely:.....

Elhalálozás helye, ideje:.....

Halotti anyakönyvi kivonat száma: .....

Kérelmező az elhunyt eltemetetésére kötelezett      igen      nem\*      ( \* a megfelelő rész aláhúzendó)

Csatolásra került (a megfelelő aláhúzendó)

- halotti anyakönyvi kivonatot,
- a temetés költségeiről a segélyt kérő, vagy az egy háztartásban élő családtagja nevére kiállított számlák eredeti példányát.

A temetési segély megállapítását arra való tekintettel kérem, hogy .....

.....  
.....  
.....  
.....

**Temetési segély nem állapítható meg annak a személynek, aki a hadigondozásról szóló 1994. évi XLV. törvény alapján temetési hozzájárulásban részesül.**

Alulírott hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználáshoz.

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a NYILATKOZAT-ban közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Tudomásul veszem, hogy a NYILATKOZAT-ban közölt adatok valódiságát a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993.évi III. törvény 10. § (7) bekezdése alapján aszociális hatáskört gyakorló szerv – a NAV hatáskörrel és illetékességgel rendelkező adóigazgatósága útján - ellenőrizheti.

Újhartyán, 201...év.....hó.....nap.

.....  
az ellátást igénylő, vagy törvényes képviselőjének aláírása

## VAGYONNYILATKOZAT

### I. Ingatlanok

Megnevezés	1.	2.	3.
<b>Ingatlantulajdon fajtái*</b>			
<b>Címe:</b>			
<b>Alapterülete (m<sup>2</sup>)</b>			
<b>Tulajdoni hányada</b>			
<b>Szerzés ideje (év)</b>			
<b>Ingatlan becsült forgalmi értéke (Ft)</b>			
<b>Haszonélvezeti vagy özvegyi joggal terhelt</b>			

\*Ingatlantulajdon fajtái:

lakástulajdon, lakótelek-tulajdon, üdülőtulajdon, üdülőtelek-tulajdon, egyéb nem lakás céljára szolgáló épület-(épületrész-)tulajdon (zártkerti építmény, műhely, üzlet, műterem, rendelő, garázs stb.) termőföldtulajdon, vagy az ingatlantulajdonfajták használata

### II. Járművek

Megnevezés	1.	2.	3.
<b>Fajtája</b>			
<b>Típusa</b>			
<b>Rendszáma</b>			
<b>Évjárata</b>			
<b>Szerzési ideje</b>			
<b>Becsült forgalmi értéke</b>			

#### Vagyonhasznosítással kapcsolatos megjegyzések:

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a NYILATKOZAT-ban közölt adatok a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulok, hogy a nyilatkozatban szereplő adatokat az eljáró szerv ellenőrizze, arra vonatkozóan az ingatlan, illetve a gépjármű nyilvántartásból adatokat szerezzen be, illetve azokat kezelje.

Újhartyán, 201\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
az igénylő és a vele közös háztartásban élő  
nagykorú személyek a l á í r á s a

**SZÍVESKEDJENEK ÍRÁSBAN ÉRTESÍTENI !**



kérelmemre indult eljárásban az alábbi adatokról:

- a.) az ügy iktatási számáról,
- b.) az eljárás megindításának napjáról,
- c.) az ügyintézési határidőről,
- d.) az ügyintéző nevééről és hivatali elérhetőségéről

**Az eljárás megindításáról ÍRÁSBELI ÉRTESÍTÉST NEM KÉREK !**



**mert a hatóság a döntését határozatban közli velem.**

Kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulok a nyilatkozatban szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárásban történő felhasználásához, kezeléséhez.

Választását kérem jelölje be !

Újhartyán, .....

.....  
**kérelmező aláírása**

## KITÖLTÉSI ÚTMUTATÓ:

1. Lakóhely vagy tartózkodási hely: a kérelem benyújtását megelőzően az okmányirodánál bejelentett és a lakcímet igazolóérvényes hatósági igazolványba (lakcímkártyába) bejegyzett lakóhely vagy tartózkodási hely.

2. Közeli hozzátartozó:

a) a házastárs, az élettárs,

b) a húszévesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező; a huszonhárom évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, nappali oktatás munkarendje szerint tanulmányokat folytató; a huszonöt évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, felsőoktatási intézmény nappali tagozatán tanulmányokat folytató vér szerinti, örökbe fogadott, illetve nevelt gyermek,

c) korhatárra való tekintet nélkül a tartósan beteg, az autista, illetve a testi, érzékszervi, értelmi vagy beszéd fogyatékos vérszerinti, örökbe fogadott, illetve nevelt gyermek, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt (a továbbiakban: fogyatékos gyermek),

d) a 18. életévét be nem töltött gyermek vonatkozásában a vér szerinti és az örökbe fogadó szülő, illetve a szülő házastársa vagy élettársa;

3. Az egy háztartásban élő közeli hozzátartozók jövedelmét hozzátartozók szerint kell feltüntetni.

4. A jogosultság megállapításakor

a) a havi rendszerességgel járó – nem vállalkozásból, illetve őstermelői tevékenységből (a továbbiakban együtt: vállalkozás) származó – jövedelem esetén a kérelem benyújtását megelőző hónap jövedelmét,

b) a nem havi rendszerességgel szerzett, illetve vállalkozásból származó jövedelem esetén a kérelem benyújtásának hónapját közvetlenül megelőző tizenkét hónap alatt szerzett jövedelem egyhavi átlagát

kell figyelembe venni.

5. A jövedelemnyilatkozatban feltüntetett jövedelmekről a típusának megfelelő igazolást vagy annak fénymásolatát (nyugdíjszelvény, munkaáltatói igazolás, szerződés stb.) a jövedelemnyilatkozathoz csatolni kell.

6. Az egy főre jutó havi nettó családi jövedelem a havi családi összjövedelem osztva a közeli hozzátartozók számával.

7. Ha az ellátást igénylő nem cselekvőképes, helyette a törvényes képviselője jogosult az aláírásra.

# N y i l a t k o z a t

**települési támogatás 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozó gondozásához 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozó gondozásához települési támogatás igényléséhez**

(Az ápolást végző személy tölti ki.)

Alulírott

\_\_\_\_\_ (név)

\_\_\_\_\_ (születési

hely, idő)

Újhartyán, \_\_\_\_\_

szám alatti lakos büntetőjogi felelősségem tudatában **k i j e l e n t e m**, hogy

1) családban (az egy háztartásban életvitelszerűen együttlakó hozzátartozók között) rajtam kívül ápolásra, gondozásra alkalmas más személy

van

nincs

2) korom, egészségi állapotom és fizikumom alapján, valamint az ápolat személy gondozási és ápolási igényére tekintettel az ápolási, gondozási tevékenységet

el tudom látni

nem tudom ellátni

3) az általam ápolat, gondozott személlyel tartási, életjáradéki vagy öröklési szerződése

van

nincs.

II. Az ápolat személyre vonatkozó adatok

1. Személyes adatok

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, év, hó, nap: .....

TAJ száma: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

Ha az ápolat személy nem cselekvőképes, a törvényes képviselő neve: .....

A törvényes képviselő lakcíme: .....

Egyetértek azzal, hogy az otthoni ápolásomat, gondozásomat az ápolási díjat kérelmező hozzátartozóm végezze.

Újhartyán, 201 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ápoló aláírása**

Megjegyzés: A megfelelő választ aláhúzással kell jelölni.

\_\_\_\_\_

**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  
a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal vagy a rehabilitációs szakigazgatási szerv  
..... számú szakhatósági állásfoglalása vagy 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.

## Tájékoztató

### a háziorvosi igazolás és szakvélemény kitöltéséhez

A megfelelő választ X-szel kell jelölni, illetve a hiányzó adatokat kitölteni.

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 41. § (3) bekezdése szerint az ápolási díjra való jogosultság szempontjából:

1. *Súlyosan fogyatékos személy az, akinek*

a) segédeszközzel vagy műtéti úton nem korrigálható módon látóképessége teljesen hiányzik, vagy aliglátóként minimális látásmaradvánnyal rendelkezik, és ezért kizárólag tapintó-halló életmód folytatására képes,

b) hallásvesztése olyan mértékű, hogy a beszédnek hallás útján történő megértésére és spontán elsajátítására segédeszközzel sem képes, és halláskárosodás miatt a hangzó beszéd érthető ejtése elmarad,

c) értelmi akadályozottsága genetikai, illetőleg magzati károsodás vagy szülési trauma következtében, továbbá tizennegyedik életévét megelőzően bekövetkező súlyos betegség miatt középsúlyos vagy annál nagyobb mértékű, továbbá aki IQ értékétől függetlenül a személyiség egészét érintő (pervazív) fejlődési zavarban szenved, és az autonómiai tesztek alapján állapota súlyosnak vagy középsúlyosnak minősíthető (BNO szerinti besorolása: F84.0-F84.9),

d) mozgásszervi károsodása, illetőleg funkciózavara olyan mértékű, hogy helyváltoztatása a külön jogszabályban meghatározott segédeszköz állandó és szükségszerű használatát igényli, vagy állapota miatt helyváltoztatásra még segédeszközzel sem képes, vagy végtaghiánya miatt önmaga ellátására nem képes és állandó ápolásra, gondozásra szorul.

2. *Tartósan beteg az a személy, aki előreláthatólag három hónapnál hosszabb időtartamban állandó ápolást, gondozást igényel.*

### Igazolás az 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 eltöltött idő a kötelező tanórai foglalkozások időtartamát

..... meghaladja ..... nem haladja meg.

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

..... meghaladja ..... nem haladja meg.

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

..... szükségessé teszi ..... nem teszi szükségessé.

Dátum: .....

P. H.

.....  
Intézményvezető

## KÉRELEM

<u>települési támogatás</u>	<u>Egyéb támogatás</u>
<input type="checkbox"/> települési támogatás létfenntartáshoz	<input type="checkbox"/> Bursa Hungarica Ösztöndíj
<input type="checkbox"/> települési támogatás temetkezéssel kapcsolatban felmerült költségek viseléséhez	<input type="checkbox"/> Szociális Ösztöndíj
<input type="checkbox"/> települési támogatás gyógyszerkiadások viseléséhez	<input type="checkbox"/> Első lakáshoz jutók támogatása
<input type="checkbox"/> települési támogatás lakhatáshoz kapcsolódó rendszeres kiadások viseléséhez	<input type="checkbox"/> hulladékszállítási díj támogatás
<input type="checkbox"/> települési támogatás 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozó gondozásához 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozó gondozásához	<input type="checkbox"/> lakbértámogatás
<u>Természetbeni támogatás</u>	<input type="checkbox"/> osztálykirándulási támogatás
<input type="checkbox"/> köztemetés	<input type="checkbox"/> beiskolázási segély
<input type="checkbox"/> karácsonyi támogatás	<input type="checkbox"/> tartós beteg személyek támogatása

**A kérelem részletes indokolása:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# JÖVEDELEMNYILATKOZAT

## Személyi adatok

1. Az ellátást igénylő neve:.....

Születési név:.....

Anyja neve:.....

Születési helye, ideje:.....

Családi állapot:.....

Társadalombiztosítási Adóazonosító Jel: \_\_\_\_\_

Folyószámlaszám: .....

2. Az ellátást igénylő bejelentett lakóhelyének címe:

.....

..... utca .....SZ.....

3. Az ellátást igénylő tartózkodási helyének címe:

.....

..... utca .....SZ.....

Lakáshasználat jogcíme: .....

4. Ha az ellátást igénylő nem cselekvőképés, a törvényes képviselő neve: .....

5. A törvényes képv. bejelentett lakóhelyének címe: .....

..... utca .....SZ.....

6. Az igénylővel egy háztartásban élő,

közeli hozzátartozók száma: .....fő

7. A közös háztartásban élők személyi adatai:

	Név	Anyja neve	Szül hely, idő	TAJ	Rokoni kapcsolat	Közoktatási intézmény (tanuló esetén kell kitölteni*)
a						
b						
c						
d						
e						

**Jövedelmi adatok (forintban)**

	Jövedelem típusai	Kérelmező jövedelme	Közeli hozzátartozók jövedelme				
			a)	b)	c)	d)	e)
<b>1</b>	Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó jövedelem, táppénz ebből: közfoglalkoztatásból származó jövedelem						
<b>2</b>	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó jövedelem						
<b>3</b>	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások						
<b>4</b>	A gyermek ellátásához és gondozásához kapcsolódó támogatások (GYED, GYES, GYET, családi pótlék, gyermektartásdíj stb.)						
<b>5</b>	Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások						
<b>6</b>	Egyéb jövedelem  (pl. ösztöndíj, értékpapírból származó jövedelem, kis összegű kifizetések stb.)						
<b>7</b>	<b>ÖSSZES NETTÓ JÖVEDELEM:</b>						

**Egy főre eső nettó jövedelem: .....Ft/fő**

Kérelmem indokolásaként az alábbi melléketeket csatolom:

.....  
.....  
.....

**HALÁLESET MIATTI RENDKÍVÜLI TELEPÜLÉSI TÁMOGATÁS IGÉNYLÉSE ESETÉN TÖLTENDŐ KI!**

Az elhunyt neve: .....

Születési helye, ideje: .....

Anyja neve: .....

Lakóhely:.....

Elhalálozás helye, ideje:.....

Halotti anyakönyvi kivonat száma: .....

Kérelmező az elhunyt eltemetetésére kötelezett      igen      nem\*      ( \* a megfelelő rész aláhúzendó)

Csatolásra került (a megfelelő aláhúzendó)

- halotti anyakönyvi kivonatot,
- a temetés költségeiről a segélyt kérő, vagy az egy háztartásban élő családtagja nevére kiállított számlák eredeti példányát.

A temetési segély megállapítását arra való tekintettel kérem, hogy .....

.....  
.....  
.....  
.....

**Temetési segély nem állapítható meg annak a személynek, aki a hadigondozásról szóló 1994. évi XLV. törvény alapján temetési hozzájárulásban részesül.**

Alulírott hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználáshoz.

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a NYILATKOZAT-ban közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Tudomásul veszem, hogy a NYILATKOZAT-ban közölt adatok valódiságát a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993.évi III. törvény 10. § (7) bekezdése alapján aszociális hatáskört gyakorló szerv – a NAV hatáskörrel és illetékességgel rendelkező adóigazgatósága útján - ellenőrizheti.

Újhartyán, 201...év.....hó.....nap.

.....  
az ellátást igénylő, vagy törvényes képviselőjének aláírása

## VAGYONNYILATKOZAT

### I. Ingatlanok

Megnevezés	1.	2.	3.
<b>Ingatlantulajdon fajtái*</b>			
<b>Címe:</b>			
<b>Alapterülete (m<sup>2</sup>)</b>			
<b>Tulajdoni hányada</b>			
<b>Szerzés ideje (év)</b>			
<b>Ingatlan becsült forgalmi értéke (Ft)</b>			
<b>Haszonélvezeti vagy özvegyi joggal terhelt</b>			

\*Ingatlantulajdon fajtái:

lakástulajdon, lakótelek-tulajdon, üdülőtulajdon, üdülőtelek-tulajdon, egyéb nem lakás céljára szolgáló épület-(épületrész-)tulajdon (zártkerti építmény, műhely, üzlet, műterem, rendelő, garázs stb.) termőföldtulajdon, vagy az ingatlantulajdonfajták használata

### II. Járművek

Megnevezés	1.	2.	3.
<b>Fajtája</b>			
<b>Típusa</b>			
<b>Rendszáma</b>			
<b>Évjárata</b>			
<b>Szerzési ideje</b>			
<b>Becsült forgalmi értéke</b>			

#### Vagyonhasznosítással kapcsolatos megjegyzések:

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a NYILATKOZAT-ban közölt adatok a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulok, hogy a nyilatkozatban szereplő adatokat az eljáró szerv ellenőrizze, arra vonatkozóan az ingatlan, illetve a gépjármű nyilvántartásból adatokat szerezzen be, illetve azokat kezelje.

Újhartyán, 201\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
az igénylő és a vele közös háztartásban élő  
nagykorú személyek a l á í r á s a

**SZÍVESKEDJENEK ÍRÁSBAN ÉRTESÍTENI !**



kérelmemre indult eljárásban az alábbi adatokról:

- a.) az ügy iktatási számáról,
- b.) az eljárás megindításának napjáról,
- c.) az ügyintézési határidőről,
- d.) az ügyintéző nevééről és hivatali elérhetőségéről

**Az eljárás megindításáról ÍRÁSBELI ÉRTESÍTÉST NEM KÉREK !**



**mert a hatóság a döntését határozatban közli velem.**

Kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulok a nyilatkozatban szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárásban történő felhasználásához, kezeléséhez.

Választását kérem jelölje be !

Újhartyán, .....

.....  
**kérelmező aláírása**



## KITÖLTÉSI ÚTMUTATÓ:

1. Lakóhely vagy tartózkodási hely: a kérelem benyújtását megelőzően az okmányirodánál bejelentett és a lakcímet igazolóérvényes hatósági igazolványba (lakcímkártyába) bejegyzett lakóhely vagy tartózkodási hely.

2. Közeli hozzátartozó:

a) a házastárs, az élettárs,

b) a húszévesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező; a huszonhárom évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, nappali oktatás munkarendje szerint tanulmányokat folytató; a huszonöt évesnél fiatalabb, önálló keresettel nem rendelkező, felsőoktatási intézmény nappali tagozatán tanulmányokat folytató vér szerinti, örökbe fogadott, illetve nevelt gyermek,

c) korhatárra való tekintet nélkül a tartósan beteg, az autista, illetve a testi, érzékszervi, értelmi vagy beszéd fogyatékos vérszerinti, örökbe fogadott, illetve nevelt gyermek, amennyiben ez az állapot a gyermek 25. életévének betöltését megelőzően is fennállt (a továbbiakban: fogyatékos gyermek),

d) a 18. életévét be nem töltött gyermek vonatkozásában a vér szerinti és az örökbe fogadó szülő, illetve a szülő házastársa vagy élettársa;

3. Az egy háztartásban élő közeli hozzátartozók jövedelmét hozzátartozók szerint kell feltüntetni.

4. A jogosultság megállapításakor

a) a havi rendszerességgel járó – nem vállalkozásból, illetve őstermelői tevékenységből (a továbbiakban együtt: vállalkozás) származó – jövedelem esetén a kérelem benyújtását megelőző hónap jövedelmét,

b) a nem havi rendszerességgel szerzett, illetve vállalkozásból származó jövedelem esetén a kérelem benyújtásának hónapját közvetlenül megelőző tizenkét hónap alatt szerzett jövedelem egyhavi átlagát

kell figyelembe venni.

5. A jövedelemnyilatkozatban feltüntetett jövedelmekről a típusának megfelelő igazolást vagy annak fénymásolatát (nyugdíjszelvény, munkaáltatói igazolás, szerződés stb.) a jövedelemnyilatkozathoz csatolni kell.

6. Az egy főre jutó havi nettó családi jövedelem a havi családi összjövedelem osztva a közeli hozzátartozók számával.

7. Ha az ellátást igénylő nem cselekvőképes, helyette a törvényes képviselője jogosult az aláírásra.

# N y i l a t k o z a t

**települési támogatás 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozó gondozásához 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozó gondozásához települési támogatás igényléséhez**

(Az ápolást végző személy tölti ki.)

Alulírott

\_\_\_\_\_ (név)

\_\_\_\_\_ (születési

.hely, idő)

Újhartyán, \_\_\_\_\_

szám alatti lakos büntetőjogi felelősségem tudatában **k i j e l e n t e m**, hogy

1) családban (az egy háztartásban életvitelszerűen együttlakó hozzátartozók között) rajtam kívül ápolásra, gondozásra alkalmas más személy

van

nincs

2) korom, egészségi állapotom és fizikumom alapján, valamint az ápolat személy gondozási és ápolási igényére tekintettel az ápolási, gondozási tevékenységet

el tudom látni

nem tudom ellátni

3) az általam ápolat, gondozott személlyel tartási, életjáradéki vagy öröklési szerződésem

van

nincs.

II. Az ápolat személyre vonatkozó adatok

1. Személyes adatok

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, év, hó, nap: .....

TAJ száma: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

Ha az ápolat személy nem cselekvőképes, a törvényes képviselő neve: .....

A törvényes képviselő lakcíme: .....

Egyetértek azzal, hogy az otthoni ápolásomat, gondozásomat az ápolási díjat kérelmező hozzátartozóm végezze.

Újhartyán, 201 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ápoló aláírása**

Megjegyzés: A megfelelő választ aláhúzással kell jelölni.

\_\_\_\_\_

**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  
a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal vagy a rehabilitációs szakigazgatási szerv  
..... számú szakhatósági állásfoglalása vagy 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.

## Tájékoztató

### a háziorvosi igazolás és szakvélemény kitöltéséhez

A megfelelő választ X-szel kell jelölni, illetve a hiányzó adatokat kitölteni.

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 41. § (3) bekezdése szerint az ápolási díjra való jogosultság szempontjából:

1. *Súlyosan fogyatékos személy az, akinek*

a) segédeszközzel vagy műtéti úton nem korrigálható módon látóképessége teljesen hiányzik, vagy aliglátóként minimális látásmaradvánnyal rendelkezik, és ezért kizárólag tapintó-halló életmód folytatására képes,

b) hallásvesztése olyan mértékű, hogy a beszédnek hallás útján történő megértésére és spontán elsajátítására segédeszközzel sem képes, és halláskárosodás miatt a hangzó beszéd érthető ejtése elmarad,

c) értelmi akadályozottsága genetikai, illetőleg magzati károsodás vagy szülési trauma következtében, továbbá tizennegyedik életévét megelőzően bekövetkező súlyos betegség miatt középsúlyos vagy annál nagyobb mértékű, továbbá aki IQ értékétől függetlenül a személyiség egészét érintő (pervazív) fejlődési zavarban szenved, és az autonómiai tesztek alapján állapota súlyosnak vagy középsúlyosnak minősíthető (BNO szerinti besorolása: F84.0-F84.9),

d) mozgásszervi károsodása, illetőleg funkciózavara olyan mértékű, hogy helyváltoztatása a külön jogszabályban meghatározott segédeszköz állandó és szükségszerű használatát igényli, vagy állapota miatt helyváltoztatásra még segédeszközzel sem képes, vagy végtaghiánya miatt önmaga ellátására nem képes és állandó ápolásra, gondozásra szorul.

2. *Tartósan beteg az a személy, aki előreláthatólag három hónapnál hosszabb időtartamban állandó ápolást, gondozást igényel.*

### Igazolás az 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 eltöltött idő a kötelező tanórai foglalkozások időtartamát

..... meghaladja ..... nem haladja meg.

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

..... meghaladja ..... nem haladja meg.

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

..... szükségessé teszi ..... nem teszi szükségessé.

Dátum: .....

P. H.

.....  
Intézményvezető