



Bodajki Polgármesteri Hivatal

8053 Bodajk, Petőfi S. u. 60.
Tel.-fax: 22/410-001
E-mail: bodajkpm@t-online.hu

KÉRELEM ÁPOLÁSRA NYÚJTOTT TELEPÜLÉSI TÁMOGATÁSHOZ

Kérelmező neve:.....

Születési neve:.....

Születési helye, ideje:.....

Anyja neve:.....

Társadalombiztosítási azonosító jele (TAJ szám):.....

Lakóhelye:.....

Tartózkodási helye:.....

Egy főre jutó havi nettó jövedelem:.....

Állampolgársága:.....

A kérelmező idegenrendészeti státusza (nem magyar állampolgárság esetén):

- szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, vagy
- EU kék kártyával rendelkező, vagy
- bevándorolt/letelepedett, vagy
- menekült/oltalmazott/hontalan.

Az ellátás folyósításának lehetőségei:

- folyószámlára utalás esetén számlaszám:.....
- postai utalás esetén folyósítási cím:.....

Kérelmező családjában (azonos lakcímen) élők száma: fő.

Kérelmező családjában élők személyi adatai:

	A	B	C	D
	Név (születési név)	Születési helye, ideje (év, hó, nap)	Anyja neve	TAJ
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Kijelentem, hogy keresőtevékenységet:

- nem folytatok,
- napi 4 órában folytatok,
- otthonomban folytatok;

nappali tagozaton tanulói, hallgatói jogviszonyban nem állok rendszeres pénzellátásban

- részesülök és annak havi összege:,

- nem részesülök;
az ápolási tevékenységet:
 a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen,
 az ápolat személy lakóhelyén/tartózkodási helyén végzem (a megfelelő aláhúzendó);
életvitelszerűen a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzendó).

Kérjük, jelölje, ha az ápolat személy:

- közoktatási intézmény tanulója,
 óvodai nevelésben részesül,
 nappali szociális intézményi ellátásban részesül,
 felsőoktatási intézmény hallgatója.

Az ápolat személyre vonatkozó adatok

Személyes adatok

Neve

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, idő (év, hó, nap):

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Ha az ápolat személy cselekvőképtelen vagy cselekvőképességében teljesen korlátozott, a törvényes képviselő neve/lakcíme:

Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat

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

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

Kérelmem pozitív elbírálása esetén fellebbezési jogomról lemondok / nem mondok le (a megfelelő rész aláhúzendó)

Bodajk, év hó nap

.....
a kérelmező/ápolást végző személy aláírása

.....
az ápolat személy vagy törvényes képviselője
aláírása

JÖVEDELEMNYILATKOZAT

A kérelmező neve:

A kérelmező családjában élők száma:fő

A családban élők adatai:

1.
2.
3.
4.

	A	B	C				
	A jövedelem típusa NETTÓ	Kérelmező	A kérelmezővel közös háztartásban élő további személyek				
		1.	2.	3.	4.	5.	6.
1.	Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó ebből: közfoglalkoztatásból származó						
2.	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó						
3.	Táppénz, gyermekgondozási támogatások						
4.	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások						
5.	Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások						
6.	Egyéb jövedelem						
7.	Összes jövedelem						
8.	MINDÖSSZESEN						

Egy főre jutó havi nettó jövedelem.....Ft/hó

Büntetőjogi felelősségem tudatásában kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Bodajk, év hó nap

.....
kérelmező aláírása