***4. számú melléklet a 63/2006. (III. 27.) Korm. rendelethez***[***220***](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0600063.KOR#lbj220param)

***KÉRELEM
az ápolási díj megállapítására***

*1. Az ápolást végző személyre vonatkozó adatok*

*1.1. Személyes adatok*

1.1.1. Neve:..........................................................................................................................

-1.1.2. Születési neve: .....................................................................................................................

1.1.3. Anyja neve: .........................................................................................................................

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

1.1.5. Lakóhelye: ............................................................................................................................

1.1.6. Tartózkodási helye: ..............................................................................................................

1.1.7. Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .................................................................................

1.1.8. Adóazonosító jele: ................................................................................................................

1.1.9. Állampolgársága: .................................................................................................................

1.1.10. Az ápolt személlyel való rokoni kapcsolata: ......................................................................

1.1.11. Telefonszám (nem kötelező megadni): ..............................................................................

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

1.1.13. A fizetési számlát vezető pénzintézet neve: ......................................................................

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

1.1.14.1. □ szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, vagy

1.1.14.2. □ EU kék kártyával rendelkező, vagy

1.1.14.3. □ bevándorolt/letelepedett, vagy

1.1.14.4. □ menekült/oltalmazott/hontalan.

*1.2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok*

1.2.1*.*Az ápolási díj megállapítását arra való tekintettel kérem, hogy az ápolt személy:

1.2.1.1. □ súlyosan fogyatékos,

1.2.1.2. □ fokozott ápolást igénylő súlyosan fogyatékos,

1.2.1.3. □ 18 éven aluli tartósan beteg,

1.2.1.4. □ kiemelt ápolást igényel, mert egészségkárosodása jelentős, és önellátásra nem vagy csak segítséggel képes.

1.2.1.5. □ kiemelt ápolást igényel, mert rá tekintettel a magasabb összegű családi pótlékot a kiemelt ápolási díjra való jogosultságot megalapozó körülményekről szóló miniszteri rendeletben meghatározott betegségre vagy fogyatékosságra tekintettel folyósítják.

1.2.2. Ha a magasabb összegű ápolási díj megállapítását fokozott ápolást igénylő súlyosan fogyatékos személyre való tekintettel kérem, egyben tudomásul veszem az ezzel kapcsolatos vizsgálat elvégzésének szükségességét.

1.2.3. Kijelentem, hogy

 1.2.3.1. keresőtevékenységet:

 1.2.3.1.1. □ nem folytatok,

1.2.3.1.2. □ napi 4 órában folytatok,

1.2.3.1.3. □ otthonomban folytatok;

1.2.3.2. nappali tagozaton tanulói, hallgatói jogviszonyban nem állok;

1.2.3.3. rendszeres pénzellátásban

1.2.3.3.1. □ részesülök és annak havi összege: .....................,

1.2.3.3.2. □ nem részesülök, de részemre más rendszeres pénzellátás megállapítására irányuló eljárás van folyamatban,

1.2.3.3.3. □ nem részesülök és részemre más rendszeres pénzellátás megállapítására irányuló eljárás nincs folyamatban,

1.2.3.4. az ápolási tevékenységet:

1.2.3.4.1. □ a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen,

1.2.3.4.2. □ az ápolt személy lakóhelyén/tartózkodási helyén

végzem (a megfelelő aláhúzandó);

1.2.3.5. életvitelszerűen a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzandó).

1.2.4. Kérjük, jelölje, ha az ápolt személy:

□ köznevelési intézmény tanulója,

□ óvodai nevelésben részesül,

□ nappali szociális intézményi ellátásban részesül,

□ felsőoktatási intézmény hallgatója.

1.2.5.\* Az 1.2.1.4. alpont szerinti jogcímen igényelt kiemelt ápolási díj igénylése esetén kérjük, jelölje,

□ ha rendelkezik a rehabilitációs hatóság érvényes és hatályos, az ápolt személy tekintetében elvégzett komplex minősítés eredményéről kiállított szakhatósági állásfoglalásával, bizottsági állásfoglalásával, határozatával vagy hatósági bizonyítványával és azt a kérelemhez csatolta.

1.2.6.\* Ha az 1.2.5. alpont szerinti irattal rendelkezik, de azt nem csatolta a kérelemhez, kérjük, adja meg annak a rehabilitációs hatóságnak a megnevezését és címét, amelyik az ápolt személy komplex minősítésének eredményéről szóló iratot kiállította:

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

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

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

*2. Az ápolt személyre vonatkozó adatok*

*2.1. Személyes adatok*

2.1.1. Neve: ...................................................................................................................................

2.1.2. Születési neve: ......................................................................................................................

2.1.3. Anyja neve: ..........................................................................................................................

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

2.1.5. Lakóhelye: ............................................................................................................................

2.1.6. Tartózkodási helye: ..............................................................................................................

2.1.7. Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .................................................................................

2.1.8. Ha az ápolt személy cselekvőképtelen vagy cselekvőképességében teljesen korlátozott, a törvényes képviselő neve: : ....................................................................

2.1.9. A törvényes képviselő lakcíme: ...........................................................................................

*2.2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat*

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

2.2.2. □ Hozzájárulok ahhoz, hogy az önkiszolgáló képességem megítéléséhez, ezzel összefüggésben a fokozott ápolási igény megállapításához szükséges vizsgálatokat elvégezzék. (Ezt csak akkor kell jelezni, ha az ápolt személy súlyosan fogyatékos és fokozott ápolást igényel.)

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

Kelt: ............................................................................, ......................................... ...........

|  |  |
| --- | --- |
| ................................................................... | .................................................................. |

|  |  |
| --- | --- |
| az ápolást végző személy aláírása | az ápolt személy vagy törvényes képviselője aláírása |

***4. Tájékoztató a kérelem kitöltéséhez***

A megfelelő választ X-szel kell jelölni, és a hiányzó adatokat ki kell tölteni.

4.1. A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény (a továbbiakban: Szt.) 42. § (1) bekezdése értelmében

4.1.1. *nem jogosult ápolási díjra a hozzátartozó,* ha:

4.1.1.1. keresőtevékenységet folytat és munkaideje - az otthon történő munkavégzés kivételével - a napi 4 órát meghaladja,

4.1.1.2. szakiskola, középiskola, illetve felsőoktatási intézmény nappali tagozatos tanulója, hallgatója,

4.1.1.3. rendszeres pénzellátásban részesül és annak összege meghaladja az ápolási díj összegét. Nem tekintendő rendszeres pénzellátásnak az a táppénz, amelyet az ápolási díj folyósításának időtartama alatt végzett keresőtevékenységből adódó biztosítási jogviszony alapján - keresőképtelenné válás esetén - folyósítanak, továbbá az a saját jogú nyugdíj, korhatár előtti ellátás, szolgálati járandóság, balettművészeti életjáradék, átmeneti bányászjáradék, rokkantsági ellátás vagy a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól és egyéb törvények módosításáról szóló 2011. évi CXCI. törvény 33. § (1) bekezdése alapján folyósított rehabilitációs ellátás, amelyet az ápolási díjban részesülő személy az Szt. 42. § (4) bekezdése alapján kap.

4.1.2.[1](%22%20%5Cl%20%22sdfootnote1sym) *rendszeres pénzellátásnak minősül:* a táppénz, a terhességi-gyermekágyi segély, a csecsemőgondozási díj, a gyermekgondozási díj, az öregségi nyugdíj, a korhatár előtti ellátás, a szolgálati járandóság, a balettművészeti életjáradék, az átmeneti bányászjáradék, a rehabilitációs járadék, az öregségi járadék, a munkaképtelenségi járadék, az özvegyi járadék, a növelt összegű öregségi, munkaképtelenségi és özvegyi járadék, az özvegyi nyugdíj - kivéve az ideiglenes özvegyi nyugdíjat, továbbá a házastársa jogán árvaellátásra jogosult fogyatékkal élő, illetve tartósan beteg vagy legalább két árvaellátásra jogosult gyermek eltartásáról gondoskodó személy özvegyi nyugdíját -, a baleseti táppénz, a hozzátartozói baleseti nyugellátások, a foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról szóló törvény alapján folyósított pénzbeli ellátás, a rokkantsági ellátás, a rehabilitációs ellátás, a rokkantsági járadék, a hadigondozottak és nemzeti gondozottak pénzbeli ellátásai, a gyermekgondozási segély, a gyermeknevelési támogatás, az időskorúak járadéka, a foglalkoztatást helyettesítő támogatás, az egészségkárosodási és gyermekfelügyeleti támogatás, a rendszeres szociális segély, a nemzeti helytállásért elnevezésű pótlék, a közszolgálati járadék, valamint az uniós rendeletek alapján külföldi szerv által folyósított egyéb azonos típusú ellátás.

4.1.3. *fokozott ápolást igényel az a súlyosan fogyatékos személy,* aki az alábbi tevékenységek közül legalább három elvégzésére csak mások segítségével képes:

*a)* étkezni, vagy

*b)* tisztálkodni, vagy

*c)* öltözködni, vagy

*d)* illemhelyet használni, vagy

*e)* lakáson belül - segédeszköz igénybevételével is - közlekedni.

4.1.4.\* kiemelt ápolási díjra jogosult a hozzátartozó, ha

4.1.4.1 az ápolt személy a rehabilitációs hatóság komplex minősítése alapján a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól és egyes törvények módosításáról szóló 2011. évi CXCI. törvény 3. § (2) bekezdés *b)* pont *bd)* alpontja szerinti minősítési kategóriába tartozik (egészségkárosodása jelentős és önellátásra nem vagy csak segítséggel képes), vagy

4.1.4.2. az ápolt személyre tekintettel a magasabb összegű családi pótlékot a kiemelt ápolási díjra való jogosultságot megalapozó körülményekről szóló miniszteri rendeletben felsorolt és ott meghatározott súlyosságú betegségre vagy fogyatékosságra tekintettel folyósítják.

4.2. *A kérelem 1.2.4. pontját* abban az esetben kell kitölteni, ha az ápolt személy köznevelési intézmény tanulója, óvodai nevelésben részesül, nappali szociális intézményi ellátásban részesül vagy felsőoktatási intézmény hallgatója. Az erről szóló igazolást a kérelemhez csatolni kell.

4.3.\* A kérelemhez - a kiemelt ápolási díj iránti kérelmet kivéve - minden esetben mellékelni kell a háziorvos igazolását.

4.4.\* A kiemelt ápolási díj iránti kérelemhez csatolni kell

4.4.1.\* a rehabilitációs hatóság érvényes és hatályos szakhatósági állásfoglalását, bizottsági állásfoglalását, határozatát vagy hatósági bizonyítványát az ápolt személy vonatkozásában elvégzett komplex minősítés eredményéről, vagy

4.4.2. a kiemelt ápolási díjra való jogosultságot megalapozó körülményekről szóló miniszteri rendelet szerinti igazolást.

***5. számú melléklet a 63/2006. (III. 27.) Korm. rendelethez***[***221***](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0600063.KOR#lbj221param)

***IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY
az ápolási díj megállapításához/kötelező felülvizsgálatához***

*(Az ápolt 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 fogyatékosságának jellege: □ látássérült □ hallássérült □ értelmi sérült □ mozgássérült, vagy

□ Tartósan beteg

Fenti igazolást nevezett részére

a rehabilitációs hatóságként eljáró ...............................................................szerv megnevezése) ……………. számú határozata, 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 .................... megyei pedagógiai szakszolgálat …………….számú szakvéleménye alapján állítottam ki.[222](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A0600063.KOR#lbj222param)

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

□ 3 hónapnál hosszabb, vagy

□ 3 hónapnál rövidebb.

fogyatékossága/betegsége miatt nem szorul állandó és tartós gondozásra.

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)*hallásvesztesége 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.

***6. számú melléklet a 63/2006. (III. 27.) Korm. rendelethez***

***Igazolás az ápolási díj megállapításához***

Igazolom, hogy ................................................................................................................... (név)

Anyja neve: ..................................................................................................................................

Születési hely, év, hó, nap: ..........................................................................................................

Lakóhely: .....................................................................................................................................

Tartózkodási hely: .......................................................................................................................

„A” köznevelési 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 nemzeti köznevelésről szóló törvényben a köznevelési intézményben való kötelező tartózkodásra meghatározott időtartamot

|  |  |
| --- | --- |
| meghaladja | nem haladja meg. |

A „B”-„C” pontban foglalt esetben az intézmény igénybevételének, 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

## *7. számú melléklet a 63/2006. (III. 27.) Korm. rendelethez*

### *SZAKVÉLEMÉNY a fokozott ápolást igénylő súlyosan fogyatékos állapot vizsgálatáról*

*I. Az ápolt személy* személyes adatai

Neve: ...........................................................................................................................................

Születési neve: ..............................................................................................................................

Anyja neve: .................................................................................................................................

Születési hely, év, hó, nap: ..........................................................................................................

Ápolt személy lakóhelye: ............................................................................................................

Tartózkodási helye: .....................................................................................................................

*II. A vizsgálat adatai*

A helyszíni vizsgálat helye: ........................................................................................................

időpontja: ........................................, időtartama: .......................................................................

A helyszíni vizsgálatot végző személy neve: ...............................................................................

munkahelye: ..................................................., munkaköre: ........................................................

*A szakértői vizsgálat megállapítása:*

Az ápolt személy mások személyes segítsége nélkül önállóan

*a)* étkezni:

□ képes, indokolás: ...............................................................................................................

□ nem képes, indokolás: .......................................................................................................

*b)* tisztálkodni:

□ képes, indokolás: ...............................................................................................................

□ nem képes, indokolás: .......................................................................................................

*c)* öltözködni:

□ képes, indokolás: ...............................................................................................................

□ nem képes, indokolás: .......................................................................................................

*d)* illemhelyet használni:

□ képes, indokolás: ...............................................................................................................

□ nem képes, indokolás: .......................................................................................................

*e)* lakáson belül - segédeszköz igénybevételével vagy anélkül - közlekedni:

□ képes, indokolás: ...............................................................................................................

□ nem képes, indokolás: .......................................................................................................

A vizsgálatot végző megjegyzése: ...............................................................................................

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

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

A szakértői véleményhez felhasznált hivatalos irat pontos megnevezése: ..................................

kelte: ................................................ megállapítása: ....................................................................

*III. Szakértői vélemény*

A fent nevezett személy esetében a fokozott ápolási igény

□ fennáll, indokolás: ................................................................................................................

□ nem áll fenn, indokolás: ...................................................,....................................................

A szakértői vélemény érvényességi ideje: 200.... év......................... hó .... nap

Dátum: ................................................

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

 szakértő aláírása, munkahelyének címe

*Megjegyzés:*

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

- A II. pontban foglaltakat a helyszíni vizsgálatot végző személy tölti ki!

## *8. számú melléklet a 63/2006. (III. 27.) Korm. rendelethez*

### *SZAKVÉLEMÉNY a fokozott ápolást igénylő súlyosan fogyatékos állapot felülvizsgálatáról*

*I. Ápolt személy* személyes adatai

Neve: ...........................................................................................................................................

Születési neve: .............................................................................................................................

Anyja neve: .................................................................................................................................

Születési hely, év, hó, nap: ..........................................................................................................

Lakóhely: .....................................................................................................................................

Tartózkodási hely: .......................................................................................................................

*II. A felülvizsgálatra vonatkozó adatok*

A helyszíni vizsgálat helye: .........................................................................................................

időpontja: ..................................................................................................

*A szakértői vizsgálat megállapítása:*

Az ápolt személy mások személyes segítsége nélkül önállóan

*a)* étkezni:

□ képes, indokolás: ...............................................................................................................

□ nem képes, indokolás: .......................................................................................................

*b)* tisztálkodni:

□ képes, indokolás: ...............................................................................................................

□ nem képes, indokolás: .......................................................................................................

*c)* öltözködni:

□ képes, indokolás: ...............................................................................................................

□ nem képes, indokolás: .......................................................................................................

*d)* illemhelyet használni:

□ képes, indokolás: ...............................................................................................................

□ nem képes, indokolás: .......................................................................................................

*e)* lakáson belül - segédeszköz igénybevételével vagy anélkül - közlekedni:

□ képes, indokolás: ...............................................................................................................

□ nem képes, indokolás: .......................................................................................................

A vizsgálatot végző megjegyzése: ...............................................................................................

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

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

A szakértői véleményhez felhasznált hivatalos dokumentum pontos megnevezése ................... kelte ..................... megállapítása .................................................................................................

*III. Szakértői vélemény*

A fent nevezett személy esetében a fokozott ápolási igény

□ fennáll, indokolás: ................................................................................................................

□ nem áll fenn, indokolás: ........................................................................................................

Dátum: ................................................

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

 a vizsgálatot végző szakértő aláírása, munkahelyének címe

*Megjegyzés:*

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