***ADATLAP
a gyermekek otthongondozási díjának felülvizsgálatára***

**A Hivatal tölti ki!**

Érk.dátum:

Érk. szám:

Aláírás:

Melléklet:

**A Hivatal tölti ki!**

# ELLENŐRIZTEM

Dátum:

Aláírás:

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:

1.1.5. □ Lakóhelye:

1.1.6. □ Tartózkodási helye:

 */Amennyiben lakóhelye és tartózkodási helye is van X-el jelölje, hogy melyik címen él életvitelszerűen/*

1.1.7. Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

1.1.8. Adóazonosító jele:

1.1.9. Az ápolt személlyel való rokoni kapcsolata:

1.1.10. Elérhetőségek:

 Telefonos elérhetősége (szakértő kirendeléséhez):

 E-mail cím:

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

 ………………………………………………………………………………………………………..

1.1.12. A fizetési számlát vezető pénzintézet neve:

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

1.1.13.1. □ szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, vagy

1.1.13.2. □ EU kék kártyával rendelkező, vagy

1.1.13.3. □ bevándorolt/letelepedett, vagy

1.1.13.4. □ menekült/oltalmazott/hontalan.

1.2.1. Tudomásul veszem az önellátásra való képesség megállapítására irányuló vizsgálat elvégzésének szükségességét.

1.2.2. Kijelentem, hogy

1.2.2.1. keresőtevékenységet:

1.2.2.1.1. □ nem folytatok,

1.2.2.1.2. □ napi 4 órában folytatok,

1.2.2.1.3. □ otthonomban folytatok;

1.2.2.2. □ nappali tagozaton tanulói, hallgatói jogviszonyban nem állok;

 □ nappali tagozaton tanulói, hallgatói jogviszonyban állok;

1.2.2.3. rendszeres pénzellátásban

1.2.2.3.1. □ részesülök és annak havi összege:

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

1.2.2.3.3. □ nem részesülök és részemre más rendszeres pénzellátás megállapítására irányuló eljárás nincs folyamatban;

1.2.2.4. azon gyermek után, akire tekintettel gyermekek otthongondozási díjra való jogosultsággal rendelkezem CSED-ben, GYED-ben vagy GYES-ben

□ részesülök,

□ nem részesülök.

1.2.2.5. tartós ápolást végzők időskori támogatásában

□ részesülök,

□ nem részesülök.

1.2.2.6. az ápolási tevékenységet:

1.2.2.6.1. □ a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen,

1.2.2.6.2. □ az ápolt személy lakóhelyén/tartózkodási helyén végzem (a megfelelő aláhúzandó).

1.2.3. Kérjük, jelölje, ha az ápolt személy:

□ iskola tanulója,

□ óvodai nevelésben részesül,

□ nappali szociális intézményi ellátásban részesül,

□ felsőoktatási intézmény hallgatója.

1.2.4. Kérjük jelölje:

□ ha az ápolt személy fogyatékossági támogatásra jogosult,

□ ha az ápolt személy vakok személyi járadékára jogosult,

□ ha az ápolt személy rokkantsági járadékra jogosult.

2. Az ápolt gyermekre 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:

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:

\* Amennyiben a gyermekek otthongondozási díjra való jogosultsága több gyermek ápolására tekintettel áll fenn, kérjük valamennyi ápolt gyermek adatainak feltüntetését.

*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 önellátási képességem megítéléséhez, ezzel összefüggésben az ápolási igény megállapításához szükséges vizsgálatokat elvégezzék.

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

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

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  ................................................................... |  .................................................................. |
| ápolást végző személy aláírása | ápolt személy/törvényes képviselőaláírása |

|  |
| --- |
| **5. Tájékoztató az adatlap kitöltéséhez** |

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

5.1. A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény (a továbbiakban: Szt.) 38. § (1) bekezdése értelmében gyermekek otthongondozási díjára vér szerinti és örökbefogadó szülő jogosult. A jogosultság a szülőn kívül a gyermek más, a gyermekkel közös háztartásban élő hozzátartozója számára akkor állapítható meg, ha a szülőnek az ellátásra való jogosultságát a gyermekre tekintettel korábban már megállapították, de a szülő meghalt, a szülői felügyeleti joga – a törvényben meghatározott esetekben – szünetel, illetve azt a bíróság megszüntette, vagy a gyermek állandó és tartós gondozásában a saját egészségi állapotára figyelemmel akadályozottá vált. [Szt. 39.§ (1) bekezdés]

5.2. *nem jogosult gyermekek otthongondozási díjára a hozzátartozó,* ha:

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

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

5.2.3. rendszeres pénzellátásban részesül és annak összege meghaladja a gyermekek otthongondozási díjának összegét. Azt, hogy mely ellátások tekintendőek rendszeres pénzellátásnak, az Szt. részletezi.

5.3. Önellátásra képtelen a gyermek, ha a 63/2006. (III.27.) Korm. rendeletben meghatározott feltételeknek megfelelő szakértő e tényt az ott meghatározott feltételek alapján, szakvéleményben megállapítja. Az önellátásra való képtelenség értékelésének szempont- és pontozási rendszerét a 63/2006. (III.27.) Korm. rendelet 1. melléklete tartalmazza.

5.4. *Az adatlap 1.2.3. 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 az adatlaphoz csatolni kell.

5.5. Amennyiben az ellátás megállapítását

5.5.1. *6 éven aluli gyermek* ápolására tekintettel kérik, az adatlaphoz mellékelni kell a magasabb összegű családi pótlékra jogosító betegségek és fogyatékosságok igazolására miniszteri rendelet alapján kijelölt *szakorvos igazolását* az ápolt gyermek súlyosan fogyatékos vagy tartósan beteg állapotáról, illetve önellátási képességének mértékéről.

5.5.2. *6 éven felüli személy* ápolására tekintettel kérik, az adatlaphoz mellékelni kell a *háziorvos vagy házi gyermekorvos igazolását* arról, hogy az ápolt gyermek súlyosan fogyatékos vagy tartósan beteg. A háziorvos igazolását nem kell csatolni, ha az ápolt személyfogyatékossági támogatásra, vagy vakok személyi járadékára, vagy rokkantsági járadékra jogosult.

***IGAZOLÁS
a gyermekek otthongondozási díja, illetve az ápolási díj megállapításához vagy kötelező felülvizsgálatához***

*(Az ápolt személy háziorvosa, házi gyermekorvosa 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 □ autista □ mozgássérült], vagy

□ **Tartósan beteg [**csak akkor jelölhető, ha előreláthatólag három hónapnál hosszabb időtartamban állandó ápolást, gondozást igényel], vagy

□ Súlyos fogyatékossága vagy tartós betegsége **nem állapítható meg.**

Fenti igazolást nevezett részére

a rehabilitációs hatóságként eljáró ..................................................... (szerv megnevezése) ................................... számú határozata, 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 szakszolgálatként működő bizottság ................................... számú szakvéleménye alapján állítottam ki.

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

................................................
háziorvos (házi gyermekorvos) aláírása
................................................
munkahelyének címe

***Igazolás a gyermekek otthongondozási díja, valamint az ápolási díj megállapításához vagy kötelező felülvizsgálatához***

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