***KÉRELEM  
a gyermekek otthongondozási díjának 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:……………………………………………………………………………….………

1.1.5. □ Lakóhelye:………………………………………………………………………………….………..

1.1.6. □ Tartózkodási helye:………………………………………………………………………………….

*/Amennyiben lakóhelye és tartózkodási helye is van, X-szel 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:

Telefonszám:………………………………………………………………………………………….

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, illetve huzamos tartózkodási joggal rendelkező vagy

1.1.13.4. □ menekült/oltalmazott/hontalan.

*1.2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok*

1.2.1*.* A gyermekek otthongondozási díjának megállapítását arra való tekintettel kérem, hogy az ápolt személy önellátásra képtelen és:

1.2.1.1. □ súlyosan fogyatékos,

1.2.1.2. □ tartósan beteg.

1.2.2. Tudomásul veszem az önellátásra való képesség megállapítására irányuló 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 órát meg nem haladó időtartamban folytatok,

1.2.3.1.3. □ otthonomban folytatok;

1.2.3.2. □ nappali tagozaton tanulói, hallgatói jogviszonyban nem állok,

□ nappali tagozaton tanulói, hallgatói jogviszonyban 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. azon gyermek után, akire tekintettel gyermekek otthongondozási díját igénylek, CSED-ben, GYED-ben vagy GYES-ben, GYET-ben

□ részesülök,

□ nem részesülök.

1.2.3.5. tartós ápolást végzők időskori támogatásában

□ részesülök,

□ nem részesülök.

1.2.3.5. az ápolási tevékenységet:

1.2.3.5.1. □ a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen,

1.2.3.5.2. □ az ápolt személy lakóhelyén/tartózkodási helyén

végzem (a megfelelő aláhúzandó).

1.2.4. Kérjük, jelölje, ha az ápolt személy:

□ iskola tanulója,

□ óvodai nevelésben részesül,

□ nappali szociális intézményi ellátásban részesül,

□ felsőoktatási intézmény hallgatója,

1.2.5. Ha a gyermekek otthongondozási díjára való jogosultságot nem szülő kérelmezi,

1.2.5.1. a jogosultságot megalapozó tény:

1.2.5.1.1.   □ szülő halála,

1.2.5.1.2.   □ szülő felügyeleti jogának megszűnése vagy szünetelése,

1.2.5.1.3.   □ a szülő a gyermek állandó és tartós gondozásában a saját egészségi állapotára figyelemmel akadályozottá vált.

1.2.5.2. A szülő halála vagy egészségi állapota miatti akadályoztatása esetén a gyermek ápolása révén

korábban gyermekek otthongondozási díjában részesült szülő

1.2.5.2.1.   neve:…………………………………………………………………………………………………..

1.2.5.2.2.   anyja neve:…………………………………………………………………………………………….

1.2.5.2.3.   születési helye, ideje:…………………………………………………………………………………

1.2.5.2.4.   Társadalombiztosítási Azonosító Jele: …………………………………………………………………………………..

1.2.6. 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 díját több gyermek ápolására tekintettel igénylik, kérjük valamennyi ápolt gyermek adatainak feltüntetését.

*2.2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat*

2.2.1. □ Egyetértek azzal, hogy az otthoni ápolásomat, gondozásomat a gyermekek otthongondozási díját kérelmező hozzátartozóm végezze.

2.2.2. □ Hozzájárulok ahhoz, hogy az önellátási képességem megítéléséhez, ezzel összefüggésben az ápolási igény megállapításához szükséges vizsgálatokat elvégezzék.

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

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

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| ................................................................... | .................................................................. |
| kérelmező aláírása | ápolt személy vagy törvényes képviselője aláírása |

|  |
| --- |
| ***5. Tájékoztató a kérelem 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)* a szülőnek az ellátásra való jogosultságát a gyermekre tekintettel korábban már megállapították, de a szülő meghalt, vagy a gyermek állandó és tartós gondozásában a saját egészségi állapotára figyelemmel akadályozottá vált, vagy

*b)* a szülő szülői felügyeleti joga a törvényben meghatározott ok miatt *[Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi V. törvény (Ptk.) 4:186. § (1) bekezdés a), c), e) vagy h) pontja vagy 4:186. § (2) bekezdése alapján]* szünetel, illetve azt a bíróság megszüntette. *[Szt. 39.§ (1) bekezdés]*

A szülőn kívüli más hozzátartozó a kérelmet a szülő halála, vagy egészségügyi akadályozottsága bekövetkezésétől számított három hónapon belül nyújthatja be. A szülői felügyeleti jog megszűnése vagy szünetelése miatti jogosultság esetén nincs időkorlát a kérelem benyújtására [63/2006. (III.27.) Korm. rendelet 23.§ (4) bekezdés].

A szülőt az ápolási tevékenység ellátásában egészségi állapota miatt akadályozottnak akkor kell tekinteni, ha a legalább három hónap időtartamban fennálló akadályozottság tényét a háziorvos szakmai vélemény kiállításával igazolja.

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. 4. § (1) bekezdés i) pontja részletezi.

5.3. Önellátásra képtelen a gyermek, ha a 63/2006. (III.27.) Korm. rendeletben meghatározott feltételeknek megfelelő szakértő (6 év alatti gyermek esetén szakorvos, lásd 5.5.1. pontot) 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. *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.

5.5. Amennyiben az ellátás megállapítását

5.5.1. *6 éven aluli gyermek* ápolására tekintettel kérik, a kérelemhez 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, a kérelemhez 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 személy fogyatékossági támogatásra, vagy vakok személyi járadékára, vagy rokkantsági járadékra jogosult.

***Igazolás a gyermekek otthongondozási díja, valamint 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

***SZAKMAI VÉLEMÉNY  
gyermekek otthongondozási díjának megállapításához, felülvizsgálatához***

*1. Az ápolt személy* személyes adatai

1.1. Neve: .....................................................................................................................................

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

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

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

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

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

*2. Igazolás* az ápolt gyermek súlyosan fogyatékos vagy tartósan beteg állapotáról *[kizárólag a 6 éven aluli gyermek esetén töltendő ki!]*

2.1. Igazolom, hogy a fent nevezett gyermek a magasabb összegű családi pótlékra jogosító betegségekről és fogyatékosságokról szóló 5/2003. (II. 19.) ESzCsM rendelet *1. számú melléklete* szerinti, az ott meghatározott súlyosságú betegségek vagy fogyatékosságok valamelyikében szenved.

2.2. Diagnózis: *............................................................................................................................. ................................................................................................................................................*

*……………………………………………………………………………………………………………….*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| BNO |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

2.3. Fenti diagnózis alapján az ápolt gyermek:

2.3.1. □ **Súlyosan fogyatékos**

2.3.1.1. [súlyos fogyatékosságának jellege:

□ látássérült □ hallássérült □ értelmi sérült □ autista □ mozgássérült], vagy

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

2.3.3. Szakvéleményt kiállító szakorvos neve: ……………………………………

2.3.4. Szakvéleményt kiállító szakorvos elérhetősége (telefonszám illetve e-mail cím): ……………………………………..

*3. Az önellátásra való képesség vizsgálatának adatai*

3.1. Helyszíni vizsgálat adatai *(csak abban az esetben töltendő, ha sor kerül helyszíni vizsgálatra)*

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

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

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

3.2. Értékelési szempont- és pontozási rendszer (minden esetben töltendő)

A 2., 3., 6., 7., 8., valamint a 11. sor minden esetben kitöltendő! Főszabály szerint a 4. és a 9. sor töltendő ki, az alábbi esetek kivételével.

Ha az ápolt személy I-es típusú diabétesz diagnózissal rendelkezik, és állapota fenntartásához rendszeres inzulinterápiára van szüksége, az 5. sort kell kitölteni. Az 5. sor köznevelési intézménybe járó gyermek esetén csak akkor tölthető, ha a gyermek inzulinterápiájának követéséhez a szülő közreműködése a köznevelési intézményben nélkülözhetetlen.

Ha az ápolt személy autizmus diagnózissal rendelkezik (BNO F84.0-F84.9 besorolású betegség), akkor a 10. sort kell tölteni.

Egyidejűleg a 4. és az 5., illetve a 9. és a 10. sor nem tölthető ki!

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | A | B | C |
| 1. | Tevékenység, funkció | Értékeljen 0 és 4 pont között (a pontérték a szükséges segítség mértékével emelkedik) | Pontszám |
| 2. | Étkezés | 0: önmagát kiszolgálja, önállóan étkezik  1: felszolgálást igényel, de önállóan étkezik  2: felszolgálást és evőeszköz tisztításához segítséget igényel  3: felszolgálás és elfogyasztáshoz részbeni segítséget igényel  4: teljes segítséget igényel az étel elfogyasztásához vagy segítséget igényel az étkezés kapcsán az I-es típusú diabétesz diagnózis alapján történő inzulinadagoláshoz |  |
| 3. | Öltözködés | 0: nem igényel segítséget  1: önállóan végzi, de a megfelelő ruhaneműk kiválasztásához segítséget igényel  2: egyes ruhadarabok felvételében igényel segítséget  3: jelentős segítséget igényel az öltözködésben, megfelelő öltözet kiválasztásában, illetve 14 éves kor alatti gyermek esetén inzulinpumpa rendszeres viselése szükséges  4: öltöztetés, vetkőzés minden szakaszában segítségre szorul |  |
| 4. | Tisztálkodás (személyi higiéné biztosítása) | 0: szükségleteit felmérve önállóan végzi  1: szükségleteit felismeri, bizonyos feladatokhoz segítséget igényel  2: szükségleteit felismeri, tisztálkodni csak segítséggel tud  3: részlegesen ismeri fel szükségleteit, segítséget igényel  4: nem ismeri fel szükségleteit, tisztálkodni önállóan nem képes |  |
| 5. | Rendszeres steril eszközhasználat | 0: inzulinterápia szükséges több mint 2 éve fennálló, inzulinterápiát igénylő diabétesz esetén, 7. életévét betöltött gyermek esetében  1: inzulinterápia szükséges kevesebb, mint 2, de több mint 1 éve fennálló, inzulinterápiát igénylő diabétesz esetén, a gyermek 7. életévének betöltésétől a 14. életév betöltéséig  2: inzulinterápia szükséges kevesebb, mint 1 éve fennálló, inzulinterápiát igénylő diabétesz esetén, a gyermek 10. életévének betöltésétől a 14. életév betöltéséig  3: inzulinterápia szükséges kevesebb, mint 1 éve fennálló, inzulinterápiát igénylő diabétesz esetén, a gyermek 7. életévének betöltésétől a 10. életév betöltéséig  4: inzulinterápia szükséges 7. életévét be nem töltött gyermek esetében, a diabétesz tartamától függetlenül |  |
| 6. | WC használat | 0: önálló a WC használatban, öltözködésben, higiénés feladatait ellátja  1: önállóan használja a WC-t, de öltözködésben, illetve higiénés feladatokban ellenőrizni kell  2: önállóan használja a WC-t, de öltözködésben, illetve higiénés feladatokban segíteni kell  3: segítséget igényel a WC használatban, öltözködésben, higiénés feladatok elvégzéséhez  4: segítséggel sem képes a WC használatra, öltözködésre, higiénés feladatok elvégzésére |  |
| 7. | Kontinencia | 0: vizeletét, székletét tartani képes  1: önállóan pelenkát cserél, elvégzi a higiénés feladatait  2: pelenkacserében, öltözködésben, illetve higiénés feladatokban alkalmanként segítséget igényel  3: rendszeres segítséget igényel pelenkacserében, öltözködésben, higiénés feladatok elvégzésében  4: teljes ellátásra szorul |  |
| 8. | Köznevelési vagy szakképző intézmény, nappali ellátást nyújtó szociális intézmény látogatása | 0: önállóan  1: közlekedésben kíséretet igényel  2: intézménylátogatás esetenkénti felügyeletet igényel  3: intézménylátogatás csak folyamatos felügyelettel biztosítható  4: nem képes |  |
| 9. | Lakáson belüli közlekedés | 0: önállóan  1: segédeszköz önálló használatával  2: segédeszköz használatával, segítséget esetenként igényel  3: segédeszköz használatával, gyakran csak segítséggel  4: nem képes |  |
| 10. | Kihívást jelentő viselkedés | 0: viselkedését az adott szociális környezethez megfelelően alakítja; feszültségeit megfogalmazni képes  1: csökkent indulati fékek vagy túlérzékenység; viselkedését a szociális környezet elvárásainak megfelelően alakítani nehezére esik  2: a környezet számára nehezen érthető vagy gyakori ellenkezés, esetleg verbális agresszió; gyakori feszültség, de ezt megfogalmazni kevéssé képes  3: feszültségei nagyon gyakoriak, vagy visszatérők a dührohamok, esetleg destruktív és fizikai agresszió (tárgyak, önmaga, mások ellen irányuló) formájában nyilvánulnak meg  4: viselkedése miatt időszakosan vagy állandó jelleggel teljesen elszigetelődik szűkebb vagy tágabb szociális környezetétől |  |
| 11. | Összesen |  |  |

3.2.1. A fenti tevékenységek ellátására való képesség értékelése során csakis a betegségéből, fogyatékosságából eredő funkcióvesztés értékelhető, az életkorból adódó funkcióhiány nem.

3.2.2. A gyermek önellátásra képtelensége akkor áll fenn, ha az ápolt személy legalább 8 pontot kap.

3.3. A vizsgálatot végző megjegyzése:

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

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

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

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

*4. Szakértői vélemény*

4.1. Az ápolt személy súlyos fogyatékosságból vagy tartós betegségből adódó önellátásra való képtelensége:

4.1.1. □ fennáll, indokolás: ……………………………........................................................

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

4.2. A szakértői vélemény érvényességi ideje: 20..... év......................... hó ….... nap

5. Dátum: ................................................

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

a szakértő/szakorvos aláírása

6. *Megjegyzések:*

6.1. A nyomtatvány 2. pontja kizárólag 6 éven aluli gyermek esetén töltendő ki!

6.2. Kérjük, jelölje a megfelelő választ X-szel vagy aláhúzással, illetve szíveskedjen a hiányzó adatokkal a nyomtatványt kitölteni