***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, 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 ......................................................................................................................... vármegyei gyermek szakfőorvos ......................... számú igazolása, vagy …................................................. fekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézmény ............................................................... szakrendelő intézet szakorvosa által kiadott ........................................... keltű igazolás/zárójelentés, vagy a ...................................................... vármegyei, 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***

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