

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

**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 ápolat 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 ápolat 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 betegsége vagy fogyatékosra 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;

1.2.3.4. az ápolási tevékenységet:

1.2.3.4.1.  a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen,

1.2.3.4.2.  az ápolat személy lakóhelyén/tartózkodási helyén

végezem (a megfelelő aláhúzendő);

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

1.2.4. Kérjük, jelölje, ha az ápolat 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 ápolat személy tekintetében elvégzett komplex minősítés eredményéről kiállított szakhatósági állásfoglalásával, bizottsági állásfoglalásával, határozatával vagy hatósági bizonyítványával és azt a kérelémhez 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 szakigazgatási szervnek a megnevezését és címét, amelyik az ápolat személy komplex minősítésének eredményéről szóló iratot kiállította:

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

2. Az ápolat 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 ápolat személy cselekvőképtelen vagy cselekvőképességében teljesen korlátozott, a törvényes képviselő neve:

.....

2.1.9. A törvényes képviselő lakcíme:

.....

2.2. Jogszultsági 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 ápolat 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 ápolat személy vagy törvényes képviselője aláírása



## IGAZOLÁS

**a kiemelt ápolási díjra jogosító körülmények fennállásáról**

1. Az igazolás kiállítását kérő személy neve: .....
2. A gyermek
- 2.1. neve: .....
- 2.2. szül. ideje: □□□□ év □□ hó □□ nap
- 2.3. anyja neve: .....
- 2.4. TAJ-a: □□□ - □□□ - □□□

**A) Igazolás a kiemelt ápolási díjra jogosító betegség, fogyatékoság fennállásáról**

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

Diagnózis: .....

.....

.....

BNO					

**B) Igazolás a kiemelt ápolási szükségletéről**

Igazolom, hogy fent nevezett gyermek - betegségéből vagy fogyatékoságából eredően - mások segítsége nélkül, önállóan nem képes illemhelyet használni, valamint lakáson belül - segédeszköz igénybevételével sem - közlekedni, továbbá

- étkezni,
- tisztálkodni,
- öltözködni.

Az igazolás érvényességi ideje: □□□□ év □□ hó □□ nap

Kelt: .....

P. H.

P. H.

.....  
szakorvos

.....  
intézmény

### TÁJÉKOZTATÓ

Az igazolást az a szakorvos állítja ki, aki a magasabb összegű családi pótlékra jogosító betegségekről, fogyatékoságokról szóló igazolást kiállítására a magasabb összegű családi pótlékra jogosító betegségekről és fogyatékoságokról szóló 5/2003. (II. 19.) ESzCsM rendelet (a továbbiakban: Mcspr.) alapján jogosult.

Az igazolás A) részében a kiemelt ápolási díjra jogosító betegség, fogyatékoság fennállását kell igazolni. A kiemelt ápolási díjra jogosító betegségek és fogyatékoságok köre megegyezik az Mcspr. 1. számú mellékletében felsorolt betegségekkel és fogyatékoságokkal.

Az igazolás B) részében a kiemelt ápolási szükséglet fennállását kell igazolni.

A kiemelt ápolási szükséglet akkor áll fenn, ha a gyermek - csakis a betegségéből, fogyatékoságából eredően - mások segítsége nélkül önállóan nem képes illemhelyet használni és a lakáson belül - segédeszköz igénybevételével nem - közlekedni, valamint, ha ezen túlmenően az alábbi három tevékenység közül legalább kettőt önállóan nem képes elvégezni:

- étkezés,

- öltözködés,
- tisztálkodás.

Az igazolás érvényességi ideje legfeljebb a magasabb összegű családi pótlékra jogosító állapot esedékes felülvizsgálatának időpontjáig tart. Ha az állapot véglegessége folytán az ápolat személy magasabb összegű családi pótlékra jogosító állapotának felülvizsgálata nem szükséges, az igazolás legfeljebb az ápolat személy 18. életévének betöltéséig érvényes.

# K É R E L E M

a komplex minősítés eredményéről szóló hatósági bizonyítvány kiadásához  
(az illetékes járási hivatalnál előterjesztett kiemelt ápolási díj iránti kérelemhez)

Ügyszám:  
Iktatószám:

A személyi adatok hitelesítésére  
jogosult szerv/személy tölti ki!  
A személyi adatok hitelességét a  
..... számú  
.....  
alján igazolom.  
.....  
alírás(ok)

## A hatósági bizonyítvány kiállítását kérő adatai

Családi és utóneve: .....  
Születési családi és utóneve: .....  
Születési helye: .....  
Születési ideje: .....  
Anyja születési családi és utóneve: .....

Társadalombiztosítási azonosító jele: \_\_\_\_\_

A kérelmező lakcíme: ..... irányítószám ..... település  
..... közterület neve ..... jellege ... szám ... emelet ... ajtó.

Elérhetőségei: telefonszám: .....  
fax szám: .....  
e-mail cím: .....

## Képviselő (meghatalmazott, gondnok) adatai<sup>1</sup>:

▪ Családi és utóneve: .....  
▪ Lakcíme: ..... irányítószám ..... település  
..... közterület neve ..... jellege ... szám ... emelet ... ajtó.  
▪ Elérhetőségei: telefonszám: .....  
fax szám: .....  
e-mail cím: .....

egváltozott munkaképességű személyek ellátásairól és egyes törvények módosításáról szóló 2011. évi  
XL. törvény (a továbbiakban: Mmtv.) 26/A. §-ában foglaltak alapján kérem a rehabilitációs  
igazgatási szervet, hogy a komplex minősítést végezze el, s annak eredményéről hatósági  
nyitványt állítson ki részemre a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról szóló 1993. évi III.  
ny 43. § a) pontja, valamint a pénzügyi és természetbeni szociális ellátások igénylésének és

abban az esetben kell kitölteni, amennyiben a kérelmező képviselő közreműködésével jár el. Ebben az esetben kérjük,  
a meghatalmazott esetén a meghatalmazást, gondnok esetén a gondnokkirendelő gyámhivatali határozatot.

*megállapításának, valamint folyósításának részletes szabályairól* szóló 63/2006. (III.27.) Korm. rendelet 25/A. § (1) bekezdés a) pontja szerinti kérelmem elbírálásához.

Kelt: ....., 20... év ..... hó .....nap

.....  
kérelmező aláírása

A kérelemhez csatolandó mellékletek:

- a) egy hónapnál nem régebbi, a háziorvosa által kiállított ORVOSI BEUTALÓ az orvosszakértői szerv szakértői bizottságához, illetve FOB-hoz a munkaképesség-változás vagy a keresőképesség felülvéleményezése céljából [a 102/1995. (VIII. 25.) Korm. rendelet 4. sz. melléklete],
- b) egészségi állapotára vonatkozó zárójelentések, szakorvosi leletek,
- c) NRSZH, ORSZI, GOSZI szakvélemény(ek)/szakhatósági állásfoglalás(ok) - amennyiben korábban már sor került orvosi vizsgálatra.



### **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 igénybevétele, 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

<sup>1</sup> Módosította: 24/2015. (II. 20.) Korm. rendelet 27. § (1) n).



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

(Az ápolat 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 fogyatékoságának jellege:  látássérült  hallássérült  értelmi sérült   
 mozgássérült, vagy

Tartósan beteg

Fenti igazolást nevezett részére

a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal vagy a rehabilitációs szakigazgatási szerv..... 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 Tanulási Képességet

Vizsgáló Szakértő Bizottság..... számú szakvéleménye alapján állítottam ki.

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

3 hónapnál hosszabb, vagy

3 hónapnál rövidebb.

Dátum: .....

.....  
háziorvos aláírása  
munkahelyének címe

P. H.

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

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 42. § (1) bekezdése értelmében  
*Nem jogosult ápolási díjra a hozzátartozó ha:*

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

- szakiskola, középiskola, illetve felsőoktatási intézmény nappali tagozatos tanulója, hallgatója,

- rendszeres pénzellátásban részesül és annak összege meghaladja az ápolási díj összegét, ide nem értve azt a táppénzt, amelyet az ápolási díj folyósításának időtartama alatt végzett keresőtevékenységből adódó biztosítási jogviszony alapján - keresőképtelenné válás esetén - folyósítanak, továbbá azt a saját jogú nyugdíjat, amelyet az ápolási díjban részesülő személy az Szt. 42. § (4) bekezdése alapján kap.

*Rendszeres pénzellátásnak minősül:* a táppénz, a terhességi-gyermekágyi segély, 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, az Flt. 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, a rendszeres szociális segély, az ápolási díj, a nemzeti helytállásért elnevezésű pótlék, a közszolgálati járadék, valamint a szociális biztonsági rendszereknek a Közösségen belül mozgó munkavállalókra, önálló vállalkozókra és családtagjaikra történő alkalmazásáról szóló 1408/71/EGK tanácsi rendelet alapján külföldi szerv által folyósított egyéb azonos típusú ellátás.

*Fokozott ápolást igényel az a súlyosan fogyatékos személy, aki mások segítségével nélkülön nem képes:*

a) étkezni, vagy

b) tisztálkodni, vagy

c) öltözködni, vagy

d) illemhelyet használni, vagy

e) lakáson belül - segédeszköz igénybevételével sem - közlekedni,

feltéve, hogy esetében az a)-e) pontokban foglaltak közül legalább három egyidejűleg fennáll.

A kérelem 2. c) pontját abban az esetben kell kitölteni, ha az ápolat személy közoktatási intézmény tanulója, óvodai nevelésben részesül, nappali szociális intézményi ellátásban részesül vagy felsőoktatási intézmény hallgatója. Az erről szóló igazolást a kérelemhez csatolni kell.

A kérelemhez minden esetben mellékelni kell a háziorvos igazolását.