***KÉRELEM  
a gyermekek otthongondozási díjának megállapítására***

**A Hivatal tölti ki!**

Átvétel dátuma:.....................................

Átvevő Aláírás: ....................................

Melléklet: .................................................

**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 órában 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:………………………………………. Ft

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 .

1.2.3.6. az ápolási tevékenységet:

1.2.3.6.1. □ a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen,

1.2.3.6.2. □ 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. Elektronikus ügyintézésre vonatkozó nyilatkozat:**

4.1. ügyfélkapu regisztrációval rendelkezem □ igen □ nem

4.2. hozzájárulok ahhoz, hogy a hatóság az eljárás során elektronikus úton tartson velem kapcsolatot

□ igen □ nem ***(Csak abban az esetben töltendő, ha a 4.1. pontra igen-nel válaszolt!)***

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 értelmébengyermekek 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 személyfogyatékossági támogatásra, vagy vakok személyi járadékára, vagyrokkantsági járadékrajogosult.

***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

Kitöltési segédlet

**A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény** *(a továbbiakban: Szt.)* **szabályozása alapján az ápolási díj és a gyermekek otthongondozási díja tekintetében:**

* **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 halláskárosodása 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.

* **tartósan beteg az a személy**, aki egészségi állapotára figyelemmel előreláthatóan három hónapnál hosszabb időtartamban ápolásra, gondozásra szorul.

*[Szt. 38. § (2)-(3) bekezdése, 41. § (3) bekezdése]*

**Az igazolás az alábbi iratokra alapozva állítható ki:**

*a)* a rehabilitációs hatóság súlyos fogyatékosság minősítését tartalmazó, érvényes és hatályos szakhatósági állásfoglalása vagy szakvéleménye, illetve a fogyatékossági támogatással összefüggő feladatkörében eljáró hatóság határozata, vagy

*b)* a szakmailag illetékes szakfelügyelő főorvos igazolása, vagy

*c)* a fekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézmény vagy területileg illetékes szakrendelő intézet szakorvosa által kiadott zárójelentés, igazolás, vagy

*d)* a sajátos nevelési igény tényét megállapító, pedagógiai szakszolgálatként működő tanulási képességet vizsgáló szakértői és rehabilitációs bizottság, illetve az országos szakértői és rehabilitációs tevékenységet végző bizottság szakértői véleménye.

*[A pénzbeli és természetbeni szociális ellátások igénylésének és megállapításának, valamint folyósításának részletes szabályairól szóló 63/2006. (III. 27.) Korm. rendelet 20. § (4) bekezdése, 25. § (2) bekezdése]*

***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 díjára jogosult szülő egészségügyi okból történő akadályozottságának megállapításáról***

*1. Az ápolást végző személy személyes adatai:*

1.1. Neve:

1.2. Anyja neve:

1.3. Születési hely, idő:

1.4. Lakcíme (életvitelszerű):

1.5. Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

1.6. Adóazonosító jele:

1.7. Az ápolt személlyel való rokoni kapcsolata:

*2. Az ápolt gyermek személyes adatai:*

2.1. Neve:

2.2. Anyja neve:

2.3. Születési hely, év, hó, nap:

*3. Szakmai vélemény*

3.1. Igazolom, hogy az ápoló személy az ápolt állandó és tartós gondozásában a saját egészségi állapotára figyelemmel legalább három hónap időtartamban

3.1.1. □ akadályozottá vált

3.1.2. □ nem vált akadályozottá.

3.2. Fenti igazolást nevezett részére

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

alapján állítottam ki.

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

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

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

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

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

3.5. A szakértői vélemény érvényességi ideje: 20..... év......................... hó .... nap

4. Dátum: ................................................

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

a szakértő aláírása

5. *Megjegyzések:*

5.1. A szakmai vélemény érvényességi ideje a kiállítástól számított egy évet nem haladhatja meg!

5.2. Kérjük, jelölje a megfelelő választ X-szel, illetve szíveskedjen a hiányzó adatokkal a nyomtatványt kitölteni! ”