

A Hivatal tölti ki!

Átvétel dátuma:.....

Átvevő Aláírás:

Melléklet:

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 ápolat 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 ápolat 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:..... 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 ápolat személy lakóhelyén/tartózkodási helyén

végzem (a megfelelő aláhúzendó).

1.2.4. Kérjük, jelölje, ha az ápolat 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.
- 1.2.5.1.4. ☐ a gyermek 18. életévének betöltése előtt a hozzátartozó gondozásába került.

Ha a gyermek a 18. életévének betöltése előtt került a hozzátartozó gondozásába:

Az elhelyezés, gyámrendelés oka:

A gyámrendelő hatóság megnevezése és a gyámrendelő határozat iktatószáma:
.....

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 ápolat személy fogyatékosági támogatásra jogosult,
- ☐ ha az ápolat személy vakok személyi járadékára jogosult,
- ☐ ha az ápolat személy rokkantsági járadékra jogosult.

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

2.1.9. A törvényes képviselő lakcíme:

2.1.10. Neve:

2.1.11. Születési neve:

2.1.12. Anyja neve:

2.1.13. Születési hely, idő:

2.1.14. Lakóhelye:

2.1.15. Tartózkodási helye:

2.1.16. Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

2.1.17. Ha az ápolat személy cselekvőképtelen vagy cselekvőképességében teljesen korlátozott, a törvényes képviselő neve:

2.1.18. A törvényes képviselő lakcíme:

2.1.19. Neve:

2.1.20. Születési neve:

2.1.21. Anyja neve:

2.1.22. Születési hely, idő:

2.1.23. Lakóhelye:

2.1.24. Tartózkodási helye:

2.1.25. Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

2.1.26. Ha az ápolat személy cselekvőképtelen vagy cselekvőképességében teljesen korlátozott, a törvényes képviselő neve:

2.1.27. A törvényes képviselő lakcíme:

** Amennyiben a gyermekek otthongondozási díját több gyermek ápolására tekintettel igénylik, kérjük valamennyi ápolat 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. Felelősségem tudatában kijelentem, hogy a kérelemben közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

4.Kelt:

.....
kérelmező aláírása

.....
ápolat 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 szülő meghalt, vagy

b) a gyermek állandó és tartós gondozásában a saját egészségi állapotára figyelemmel akadályozottá vált, vagy

c) 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.

A szülő halála vagy egészségügyi akadályozottsága esetén akkor állapítható meg hozzátartozó részére az ellátás, ha a szülő az ellátásra korábban jogosult volt. Kivétel ez alól, ha a gyermek a 18. éves kora előtt került a hozzátartozó gondozásába. [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, valamint ha a gyermek 18. éves kora előtt került a hozzátartozó gondozásába, 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 szülő (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 tekintendők 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 tény 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 ápolat 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 kéri, a kérelemhez mellékelni kell a magasabb összegű családi pótlékra jogosító betegségek és fogyatékoságok igazolására miniszteri rendelet alapján kijelölt szakorvos igazolását az ápolat gyermek súlyosan fogyatékos vagy tartósan beteg állapotáról, illetve önellátási képességének mértékéről.

5.5.2.6 éven felüli személy ápolására tekintettel kéri, a kérelemhez mellékelni kell a háziorvos vagy házi gyermekorvos igazolását arról, hogy az ápolat gyermek súlyosan fogyatékos vagy tartósan beteg. A háziorvos igazolását nem kell csatolni, ha az ápolat személyfogyatékosági támogatásra, vagy vakok személyi járadékára, vagy rokkantsági járadékra jogosult.

5.6. Amennyiben a gyermek a 18. életének betöltése előtt a hozzátartozó gondozásába került a gyermek elhelyezéséről, a gyám kirendeléséről szóló, rendelkezésre álló iratot.

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

(Az ápolat 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 fogyatékoságának 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 fogyatékosága 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, illetve az ápolási díj megállapításához vagy
kötelező felülvizsgálatához

(Az ápolat 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 fogyatékoságának 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 fogyatékosága 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, illetve az ápolási díj megállapításához vagy
kötelező felülvizsgálatához

(Az ápolat 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 fogyatékoságának 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 fogyatékosága 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) hallásvesztése 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 közepsúlyos 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 közepsúlyosnak 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 fogyatékoság minősítését tartalmazó, érvényes és hatályos szakhatósági állásfoglalása vagy szakvéleménye, illetve a fogyatékosági 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 pénzügyi 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 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

***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 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

***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 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

SZAKMAI VÉLEMÉNY
gyermek 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 (élekvitelszerű):
1.5. Társadalombiztosítási Azonosító Jele:
1.6. Adóazonosító jele:
1.7. Az ápolat személlyel való rokoni kapcsolata:

2. Az ápolat 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 ápolat 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 kiállításától számított egy évet nem haladhatja meg!

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

NYILATKOZAT

(Amennyiben kiskorú az ápolat gyermek)

Alulírott
születéskori neve:
anyja neve:.....
születési hely, idő:.....
gyermek otthongondozási díjára való jogosultság megállapítását kérelmező szülőként nyilatkozom, hogy
..... nevű **kiskorú** **gyermekemre**
tekintettel (megfelelő rész X-el jelölendő)

- ☐ **kizárólagos felügyeleti joggal rendelkezem**, mert egyedülálló szülőként nevelem.
- ☐ **kizárólagos felügyeleti joggal rendelkezem** és különélő szülőként nevelem.
- ☐ **közös szülői felügyeleti joggal rendelkezem**, mert házastársi / élettársi kapcsolatban nevelem.
- ☐ **közös szülői felügyeleti joggal rendelkezem**, de különélő szülőként nevelem.

Kizárólagos / Közös felügyeleti jogom igazolására csatolom :.....
(pl:születési anyakönyvi, bírósági döntést, gyámügyi határozat)

A közös felügyeleti joggal rendelkező személy nyilatkozata (másik szülő):

Alulírott
születéskori neve:
anyja neve:.....
születési hely, idő:.....

nyilatkozom, hogy nevű kiskorú gyermekem ápolására
tekintettel nem igényeltem és nem is igénylek gyermek otthongondozási díjat. Továbbá egyetértek azzal,
hogy a közös felügyeletünk alatt álló fent nevezett kiskorú gyermekünk otthoni ápolását, gondozását
.....végezze.

Kelt:

.....
Törvényes képviselő
kérelmező

.....
Törvényes képviselő
másik szülő

NYILATKOZAT

(Amennyiben kiskorú az ápolat gyermek)

Alulírott
születéskori neve:
anyja neve:.....
születési hely, idő:.....
gyermek otthongondozási díjára való jogosultság megállapítását kérelmező szülőként nyilatkozom, hogy
..... nevű **kiskorú** **gyermekemre**
tekintettel (megfelelő rész X-el jelölendő)

- ☐ **kizárólagos felügyeleti joggal rendelkezem**, mert egyedülálló szülőként nevelem.
- ☐ **kizárólagos felügyeleti joggal rendelkezem** és különélő szülőként nevelem.
- ☐ **közös szülői felügyeleti joggal rendelkezem**, mert házastársi / élettársi kapcsolatban nevelem.
- ☐ **közös szülői felügyeleti joggal rendelkezem**, de különélő szülőként nevelem.

Kizárólagos / Közös felügyeleti jogom igazolására csatolom :.....
(pl:születési anyakönyvi, bírósági döntést, gyámügyi határozat)

A közös felügyeleti joggal rendelkező személy nyilatkozata (másik szülő):

Alulírott
születéskori neve:
anyja neve:.....
születési hely, idő:.....

nyilatkozom, hogy nevű kiskorú gyermekem ápolására
tekintettel nem igényeltem és nem is igénylek gyermek otthongondozási díjat. Továbbá egyetértek azzal,
hogy a közös felügyeletünk alatt álló fent nevezett kiskorú gyermekünk otthoni ápolását, gondozását
.....végezze.

Kelt:

.....
Törvényes képviselő
kérelmező

.....
Törvényes képviselő
másik szülő

NYILATKOZAT

Alulírott ezúton nyilatkozom, hogy

Ügyfélkapu+ regisztrációval rendelkezem:

☐ igen ☐ nem

Továbbá nyilatkozom, hogy hozzájárulok ahhoz, hogy **a hatóság az eljárás során elektronikus úton tartson velem kapcsolatot** *(ezt csak abban az esetben kell kitölteni, ha ügyfélkapu+, igennel válaszolt):*

☐ igen ☐ nem

Kelt:

.....
az ápolást végző személy aláírása