***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: *........................................................................................*

 */Amennyiben lakóhelye és tartózkodási helye is van, X-el jelölje, hogy melyik címen él életvitelszerűen/*

1.1.7. Társadalombiztosítási Azonosító Jele: ………………………………………………

1.1.8. Adóazonosító Jele: …………………………………….………………………….….

1.1.9. Állampolgársága: …………………………………….………………………………

1.1.10. Az ápolt személlyel való rokoni kapcsolata: ………………………………………..

1.1.11. Elérhetőségek:

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

E-mail-cím:……………………………………………………………………………

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 ápolt személy:

1.2.1.1. □ súlyosan fogyatékos,

1.2.1.2. □ fokozott ápolást igénylő súlyosan fogyatékos,

*/Amennyiben még nem jogosult ápolási díjra és nem kizárólag kiemelt ápolási díjat igényel, úgy kérjük, jelölje be az alap (1.2.1.1. pont) és a fokozott ápolási igényt (1.2.1.2. pont) is/.*

1.2.1.3. □ 18 éven aluli tartósan beteg,

1.2.1.4. □ kiemelt ápolást igényel, mert a rehabilitációs hatóság komplex minősítése alapján 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 betegségre vagy fogyatékosságra tekintettel folyósítják.

1.2.2. Ha az ápolási díj megállapítását nem kiemelt ápolási díj jogcímén 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 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;

1.2.3.3.4. □ tartós ápolást végzők időskori támogatásában részesülök,

1.2.3.3.5. □ tartós ápolást végzők időskori támogatásában nem részesülök.

1.2.3.4. az ápolási tevékenységet:

1.2.3.4.1. □ saját lakcímemen,

1.2.3.4.2. □ az ápolt személy lakcímén

végzem (a megfelelő aláhúzandó).

1.2.3.5. az ápolt személyre tekintettel a gyermekek otthongondozási díjára való jogosultságom nem áll fenn, illetve ilyen jogosultsága hozzátartozómnak sem áll fenn.

1.2.4. Kérjük, jelölje, ha az ápolt 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 ápolt személy tekintetében elvégzett komplex minősítés eredményéről kiállított szakvéleményével, szakhatósági állásfoglalásával, bizottsági állásfoglalásával, határozatával vagy hatósági bizonyítványával.

1.2.6. Amennyiben az ápolási díjat nem kiemelt ápolási díj jogcímén igénylik, kérjük jelölje, ha az ápolt személy

□ fogyatékossági támogatásra, vagy

□ vakok személyi járadékára

jogosult.

**2. Az ápolt 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 ápolt személy cselekvőképtelen vagy cselekvőképességében teljesen korlátozott, a törvényes képviselő neve: ………………………………………………………

2.1.9. A törvényes képviselő lakcíme: ………………………………………………………

**2.2.** Jogosultsági 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 állandó és tartós ápolási, gondozási igény, illetve a fokozott ápolási igény megállapításához szükséges vizsgálatokat elvégezzék. (Ezt csak akkor kell jelezni, ha ápolási díjra való jogosultságot nem kiemelt ápolási díj jogcímén igénylik.)

**3.** **Nyilatkozatok**

3.1. Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás valamint a jogosultság fennállásának ellenőrzése érdekében induló eljárás során történő felhasználásához.

3.2.\* Felelősségem tudatában kijelentem, hogy életvitelszerűen a megadott lakóhelyemen/tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzandó).

3.3. Ügyfélkapu regisztrációval rendelkezem: □ igen □ nem

3.4. Hozzájárulok ahhoz, hogy a hatóság az eljárás során elektronikus úton tartson velem kapcsolatot: □ igen □ nem *(Csak abban az esetben töltendő, ha a 3.3. pontra igen-nel válaszolt.)*

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

|  |  |
| --- | --- |
|  ................................................................... |  .................................................................. |
|  az ápolást végző személy aláírása |  az ápolt személy vagy törvényes képviselője aláírása |
|   |  |
| \* Ezt a nyilatkozatot csak abban az esetben kell megtenni, ha egyidejűleg bejelentett lakó- és tartózkodási hellyel is rendelkezik.**4. Tájékoztató a kérelem kitöltéséhez** |

*A megfelelő választ X-szel kell jelölni, és a hiányzó adatokat ki kell tölteni.*

4.1. A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény (a továbbiakban: Szt.) 42. § (1) bekezdése értelmében

4.1.1. *nem jogosult ápolási díjra a hozzátartozó,* ha:

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

4.1.1.2. szakiskola, középiskola, illetve felsőoktatási intézmény nappali tagozatos tanulója, hallgatója,

4.1.1.3. rendszeres pénzellátásban részesül és annak összege meghaladja az ápolási díj összegét. Azt, hogy mely ellátások tekintendőek rendszeres pénzellátásnak, az Szt. részletezi.

4.1.1.4. neki vagy hozzátartozójának az ápolt személyre tekintettel a gyermekek otthongondozási díjára való jogosultsága áll fenn.

4.2.1. Az állandó és tartós ápolási, gondozási szükséglet illetve a fokozott ápolást igénylő súlyosan fogyatékos állapot fennállásának értékelési szempont- és pontozási rendszerét a 63/2006. (III.27.) Korm. rendelet 1. melléklete tartalmazza.

4.2.2. *kiemelt ápolási díjra jogosult* a hozzátartozó, ha

4.2.2.1. az ápolt személy a rehabilitációs hatóság komplex minősítése alapján a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól és egyes törvények módosításáról szóló 2011. évi CXCI. törvény 3. § (2) bekezdés *b)* pont *bd)* alpontja szerinti minősítési kategóriába tartozik (egészségkárosodása jelentős és önellátásra nem vagy csak segítséggel képes), vagy

4.2.2.2.. az ápolt személyre tekintettel a magasabb összegű családi pótlékot a kiemelt ápolási díjra való jogosultságot megalapozó körülményekről szóló miniszteri rendeletben felsorolt és ott meghatározott súlyosságú betegségre vagy fogyatékosságra tekintettel folyósítják.

4.3 Az ápolási díjra való jogosultság megállapítása szempontjából hozzátartozónak kell tekinteni azt is, aki elhunyt házastársa egyeneságbeli rokonának vagy testvérének, vagy a kérelem benyújtását megelőző 10 éven belül összesen legalább 3 évig nevelőszülőként háztartásában ellátott, a kérelem benyújtásakor utógondozói ellátásban nem részesülő, és vele egy háztartásban élő, nagykorúvá vált személynek a gondozását, ápolását végzi.

4.4. *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.

4.5. A kérelemhez - a kiemelt ápolási díj iránti kérelmet kivéve - mellékelni kell a háziorvos igazolását. A háziorvos igazolását nem kell csatolni, ha az ápolt személynek fogyatékossági támogatásra vagy vakok személyi járadékára való jogosultsága áll fenn.

4.4. A kiemelt ápolási díj iránti kérelem esetében a jogosultság megállapításához szükséges

4.4.1. a rehabilitációs hatóság érvényes és hatályos szakvéleménye, szakhatósági állásfoglalása, bizottsági állásfoglalása, határozatát vagy hatósági bizonyítványa az ápolt személy vonatkozásában elvégzett komplex minősítés eredményéről, vagy

4.4.2. a kiemelt ápolási díjra való jogosultságot megalapozó körülményekről szóló miniszteri rendelet szerinti igazolás, amelyet a kérelmezőnek kell csatolnia.

***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 ellátásokrólszóló 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
ápolási díjra való jogosultság megállapításához***

***az állandó és tartós ápolási, gondozási igény, illetve a fokozott ápolási igény vizsgálatáról (felülvizsgálatáról)***

*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. A vizsgálat adatai*

2.1. A helyszíni vizsgálat helye: ........................................................................................................

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

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

*3. A szakértői vizsgálat értékelési szempontjai és pontozási rendszere:*

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 étkezik1: felszolgálást igényel, de önállóan étkezik2: felszolgálást és evőeszköz tisztításához segítséget igényel3: felszolgálás és elfogyasztáshoz részbeni segítséget igényel4: 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 segítséget1: önállóan végzi, de a megfelelő ruhaneműk kiválasztásához segítséget igényel2: egyes ruhadarabok felvételében igényel segítséget3: 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 végzi1: szükségleteit felismeri, bizonyos feladatokhoz segítséget igényel2: szükségleteit felismeri, tisztálkodni csak segítséggel tud3: részlegesen ismeri fel szükségleteit, segítséget igényel4: 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 esetében1: inzulinterápia szükséges kevesebb, mint 2, de több mint 1 éve fennálló, inzulinterápiát igénylő diabétesz esetén, a gyermek 7. életévének betöltésétől a 14. életév betöltéséig2: inzulinterápia szükséges kevesebb, mint 1 éve fennálló, inzulinterápiát igénylő diabétesz esetén, a gyermek 10. életévének betöltésétől a 14. életév betöltéséig3: inzulinterápia szükséges kevesebb, mint 1 éve fennálló, inzulinterápiát igénylő diabétesz esetén, a gyermek 7. életévének betöltésétől a 10. életév betöltéséig4: inzulinterápia szükséges 7. életévét be nem töltött gyermek esetében, a diabétesz tartamától függetlenül |  |
|  6. |  WC használat | 0: önálló a WC használatban, öltözködésben, higiénés feladatait ellátja1: önállóan használja a WC-t, de öltözködésben, illetve higiénés feladatokban ellenőrizni kell2: önállóan használja a WC-t, de öltözködésben, illetve higiénés feladatokban segíteni kell3: segítséget igényel a WC használatban, öltözködésben, higiénés feladatok elvégzéséhez4: segítséggel sem képes a WC használatra, öltözködésre, higiénés feladatok elvégzésére |  |
|  7. |  Kontinencia | 0: vizeletét, székletét tartani képes1: önállóan pelenkát cserél, elvégzi a higiénés feladatait2: pelenkacserében, öltözködésben, illetve higiénés feladatokban alkalmanként segítséget igényel3: rendszeres segítséget igényel pelenkacserében, öltözködésben, higiénés feladatok elvégzésében4: teljes ellátásra szorul |  |
|  8. |  Köznevelési vagy szakképző intézmény, nappali ellátást nyújtó szociális intézmény látogatása | 0: önállóan1: közlekedésben kíséretet igényel2: intézménylátogatás esetenkénti felügyeletet igényel3: intézménylátogatás csak folyamatos felügyelettel biztosítható4: nem képes |  |
|  9. |  Lakáson belüli közlekedés | 0: önállóan1: segédeszköz önálló használatával2: segédeszköz használatával, segítséget esetenként igényel3: segédeszköz használatával, gyakran csak segítséggel4: nem képes |  |
|  10. |  Kihívást jelentő viselkedés | 0: viselkedését az adott szociális környezethez megfelelően alakítja; feszültségeit megfogalmazni képes1: csökkent indulati fékek vagy túlérzékenység; viselkedését a szociális környezet elvárásainak megfelelően alakítani nehezére esik2: a környezet számára nehezen érthető vagy gyakori ellenkezés, esetleg verbális agresszió; gyakori feszültség, de ezt megfogalmazni kevéssé képes3: feszültségei nagyon gyakoriak, vagy visszatérők a dührohamok, esetleg destruktív és fizikai agresszió (tárgyak, önmaga, mások ellen irányuló) formájában nyilvánulnak meg4: viselkedése miatt időszakosan vagy állandó jelleggel teljesen elszigetelődik szűkebb vagy tágabb szociális környezetétől |  |
|  11. |  Összesen |  |  |

*4. Értékelés a szakértői vizsgálat megállapításai alapján*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | A | B |
| 1. |  Értékelés | Pontszám |
| 2. | Nincs gondozási szükséglet, nem állapítható meg ápolási díjra való jogosultság | 0-5 |
| 3. | Alap gondozási szükséglet áll fenn, amely alapösszegű ápolási díjra jogosít | 6-9 |
| 4. | Fokozott gondozási szükséglet áll fenn, amely emelt összegű ápolási díjra jogosít | 10-től |

5. A vizsgálatot végző megjegyzése: ...............................................................................................

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

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

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

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

*7. Szakértői vélemény*

7.1. A fent nevezett személy esetében állandó és tartós ápolási, gondozási igény (alapösszegű ápolási díj)

7.1.1. □ fennáll, indokolás: .......................................................................................................

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

7.2. A fent nevezett személy esetében a fokozott ápolási igény (emelt összegű ápolási díj)

7.2.1. □ fennáll, indokolás: .......................................................................................................

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

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

9. Kelt: ................................................................................., ..........................................

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

a szakértő aláírása,

*Megjegyzés:*

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