a Szociális Biztosító feljegyzései részére

**ÁPOLÁSI DÍJ IRÁNTI KÉRELEM**

**(válsághelyzet idején érvényesített igény)**

**A biztosított, aki az ápolási jogigényét érvényesíti:**

Vezeték- és utónév: ..................................................................................................................

Születési dátum: ............................................. Személyi szám: ....................................

Cím: ...........................................................................................................................................

Telefonszám (opciós): ...............................................................................................................

e-mail (opciós): ..........................................................................................................................

**A biztosítási viszony**, amely alapján az ápolási díjra való jogigényemet érvényesítem (ha több biztosítás, mindet tüntesse fel):

* Munkavállaló\* .................................................................................................................

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

(munkáltató/k megnevezése)

* Kötelező egészségbiztosítással rendelkező önálló vállalkozó\*
* Önkéntes egészségbiztosítással rendelkező személy\*

**Az ápolási díjra való igényemet** ............................**-tól érvényesítem személyes és egész napos ápolás/ személyes és egész napos gondozás miatt, az alábbi személyre vonatkozóan:**

🞎\* **gyermek 11. életévéig (10 év + 364 nap)** vezeték- és utónév ............................................................................, személyi szám ..........................................., születési dátum ..................................................

🞎\*  **11. életévét betöltött gyermek a 18 életévéig hosszútávú kedvezőtlen egészségi állapottal (17 év + 364 nap)** vezeték- és utónév .................................................................................., személyi szám ......................................, születési dátum ..................................................

*Az illetékes Munka-, Szociális és Családügyi Hivatal határozatát a gyermek hosszútávú kedvezőtlen állapotáról a mellékletben csatolom.*

🞎\* **egyenesági rokon** (*szülő, gyermek, nagyszülő, unoka, dédszülő, dédunoka*)**, testvér, férj, feleség vagy a férj vagy feleség szülője** vezeték- és utónév ....................................................................................., személyi szám...................................., születési dátum ....................................., aki nem látogathatja a szociális szolgáltatások létesítményét, amelyben számára ambuláns vagy bentlakásos formában nyújtanak szociális szolgáltatást, mivel ezt a létesítményt a válsághelyzet során bezárták vagy abban karantén intézkedést foganatosítottak (a vonatkozó rokoni viszonyt aláhúzni)

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

(A zárt létesítmény megnevezése és címe)

🞎\* **16. életévét betöltött gyermek (15 év + 364 nap)** vezeték- és utónév ..................................................................................., személyi szám ...................................., születési dátum ....................................., aki **az illetékes orvos igazolása alapján** feltétlenül más természetes személy gondozására szorul.

**Az ápolási díjat az alábbi módon kérem kifizetni:**

🞎 **készpénzben a következő címre\***

utca, házszám ...............................................................................................................

ir. sz., település ..............................................................................................................

🞎 **bankszámlaszámra\***

számlaszám IBAN formában ...........................................................................................

**Amennyiben külföldi bankszámlaszámról van szó, az alábbi kiegészítő adatok is szükségesek:**

 a bank SWIFT kódja ......................................................................................................

 A bank pontos és teljes megnevezése ..........................................................................

 Utca és szám (a bank címe) …......................................................................................

Irányítószám ....................................... Város.......................................................

Ország ..................................................................................................................

**Becsülettel nyilatkozom**, hogy amennyiben más személy bankszámlaszámát adtam meg, a számlatulajdonos hozzájárulását adta a díj erre a számlára való utalásához.

**Ha az ápolási díjra való jogosultságomat elismerik, tudatában vagyok annak, hogy minden olyan naptári hónap végéhez, amelyben a válsághelyzet alatt személyes és egész napos ápolást / gondozást fogok nyújtani, az ápolási díjra való igényemet a kitöltött becsületbeli nyilatkozat elküldésével igazolnom kell az ápolási díj kifizetése céljából a válsághelyzet idején, amelyet a Szociális Biztosító honlapján jelentettek meg.**

**Az ápolás/gondozás utolsó napja az a nap lesz, amelyet a Szociális Biztosítónak elküldött utolsó becsületbeli nyilatkozatban feltüntetek.**

A kérelmet a Szociális Biztosítónak e-mailben küldheti el az illetékes fiókintézet **egyik** e-mail címére, elektronikus módon a slovensko.sk oldalon, esetleg postai úton az illetékes fiókintézet címére.

A fiókintézetek posta és e-mail címei a Szociális Biztosító honlapján vannak feltüntetve: [www.socpoist.sk](http://www.socpoist.sk).

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

 Dátum Biztosított aláírása\*\*

\* a megfelelő adatot jelölje X-szel, a kifizetési adatoknál egyetlen módot kell bejelölni

\*\* a kérelem e-mailben történő küldésénél a biztosított aláírása nem szükséges