

ÖNSEGÉLYEZŐ PÉNZTÁRI SZOLGÁLTATÁS IGÉNYBEJELENTÉS

Intézményi idősgondozás támogatásának igénybevételehez

- egyéni számláról történő elszámolás -

Hiteles elektronikus mellékletek mellett, **elektronikusan csak hiteles elektronikus aláírással ellátott PDF-ként** nyújtható be! Papír alapú mellékletek esetén kérjük, a nyomtatványt eredetiben aláírva papír formában küldje be.

Kérjük a nyilatkozatot nyomtatott nagybetűkkel kitölteni, és a Pénztárba eljuttatni! A *-al jelölt mezők kitöltése kötelező.

Pénztártag neve*:		Tagi azonosító*:							
Telefonszám:		E-mail cím:							

Érintett személy adatai:

Szolgáltatásra jogosult neve:										
Szolgáltatásra jogosult születési dátuma:										

Ápolási, gondozási intézmény megnevezése	Csatolt dokumentumok megnevezése

Az igénylés benyújtásakor csatolni szükséges az intézmény igazolását:

- az ellátott és az ellátást fizető személyéről,
- az elhelyezés / ellátás időtartamáról és
- a térítési díj összegéről.

Igényelt összeg: _____ Ft/hó, azaz _____ forint/hó.

Kérem, hogy a kifizetendő szolgáltatás összegét szíveskedjenek (Megfelelőt kérjük jelölje!)

- ☐ a Pénztárnak korábban megadott, nevemre szóló bankszámlaszámra utalni.*
- ☐ az alábbi címre postázni: _____

* * Új bankszámlaszám és cím itt nem adható meg, adatmódosításhoz szükséges nyomtatvány a www.mbhep.hu honlapról tölthető le.

Tudomásul veszem, hogy

1. A jogosultság megszűnését a megszűnés időpontját követő 30 napon belül be kell jelentenem a pénztárnak. A bejelentés elmulasztásának következményei engem, mint pénztártagot terhelnek. Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a nyomtatványon közölt adataim a valóságnak megfelelnek, az általam mellékelteként csatolt iratok a hatóság által kiállított példánnyal megegyeznek, az ellátásra való jogosultságom fennáll.
2. A havi gondozási díj támogatás az igazolt havi díj mértékéig, de legfeljebb a tárgyévben érvényes **szociális vetítési alap összegéig/hó** fizethető a Pénztárból.

A Pénztár adatkezeléséről szóló tájékoztatója elérhető nyomtatott formában a Pénztár ügyfélszolgálatán, valamint online a Pénztár weboldalán, az **Adatkezelési Tájékoztató** linken. Aláírással elismerem, hogy az adatkezelésről szóló pénztári tájékoztatót megismertem, az abban foglaltakat tudomásul veszem.

Dátum: _____

Elektronikusan aláírt dokumentum esetén nem szükséges.

Pénztártag aláírása

Pénztár tölti ki!

Első utalás dátuma: _____

Lejárat dátum: _____

Egyéni számláról utalható összeg: _____ Ft/hó.

Az igény nem teljesíthető, az elutasítás oka: _____

Visszaküldendő: _____ db _____

MBH Gondoskodás Egészség- és Önszegélyező Pénztár