

# DANUBIUS Egészség- és Önsegélyező Pénztár (DÖ – 5)

Igénybejelentés **Intézményi idősgondozás** támogatásának igénybevételéhez

**Pénztártag tölti ki** (Kérjük, nyomtatott nagybetűkkel, szíveskedjen kitölteni és AZ EREDETI PÉLDÁNYT saját kezűleg, olvashatóan aláírni.)

<b>Pénztártag neve:</b>	<b>Tagi azonosító:</b>
Telefonszáma:	e-mail címe:
Szolgáltatásra <b>jogosult neve:</b>	
Szolgáltatásra jogosult születési <b>dátuma:</b>	
<b>Ápolási, gondozási intézmény megnevezése, címe:</b>	

- a) **Igénylés benyújtásának határideje:** a számlák kiállítását követő 120 napon belül.  
b) A **havi gondozási díj támogatás** az igazolt havi díj mértékéig, de legfeljebb a nyugdíjminimum összegéig **(2018-ben 28.500,-Ft/hó)** folyósítható.

**Kötelező melléklet: - az intézmény igazolása:**

- a gondozott és a gondozást fizető személyéről,
- az elhelyezés/ellátás időtartamáról,
- a térítési díj összegéről, amely a pénztártag vagy bejelentett közeli hozzátartozója nevére és címére kiállított számla eredeti példánya,

**Csatolt számlák:**..... db **összege:** .....Ft

Kérem a pénztárt, hogy a fenti számlát (kat) részemre kifizetni szíveskedjen.

**Tudomásul veszem, hogy a jogosultság megszűnését a megszűnés időpontját követő 30 napon belül be kell jelentenem a Pénztárnak. Az elmulasztás következményei engem, mint pénztártagot terhelnek.**

Kelt: ..... helység, ..... év, .....hó, ..... napján.

.....  
a nyilatkozattevő pénztártag saját kezű aláírása

**Egészségpénztár tölti ki:**

Iktatószám:	
Beérkezés dátuma: ..... év, ..... hó, ..... napján.	Lejárati dátuma: ..... év, ..... hó, ..... napján.
Egyéni számláról utalható összeg: ..... Ft	
Elutasítva: ..... év, ..... hó, ..... napján.	
Visszaküldendő dokumentum:.....	
..... DANUBIUS Egészség- és Önsegélyező Pénztár	