

KÉRELEM

a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez

1. Az ellátást igénybe vevő adatai:

Név:

Leánykori neve:

Anyja neve:

Személyi igazolvány száma: TAJ:

Születési helye, időpontja:

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Telefonszáma:

Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)

a) neve:

b) lakóhelye:

c) telefonszáma:

2. Milyen típusú ellátás igénybevételét kéri:

a) étkeztetés

b) házi segítségnyújtás

c) nappali ellátás (idősek klubja, fogyatékosok nappali intézménye, pszichiátriai betegek nappali intézménye, szenvedélybetegek nappali intézménye),

3. A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételére vonatkozó adatok:

3.1. Étkeztetés esetén:

milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:

az étkeztetés módja:

- helyben fogyasztja
- elvitelre
- házhoz vagy lakásra szállítás
- diétás étkeztetés

3.2. Házi segítségnyújtás esetén

milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:.....

milyen típusú segítséget igényel:

- segítség a napi tevékenységek ellátásában
- bevásárlás, gyógyszerbeszerzés
- személyes gondozás
- egyéb, éspedig:.....

3.3. Nappali ellátás esetén:

milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:

étkeztetést igényel-e: igen nem

egyéb szolgáltatás igénylése:

Kelt:

.....

Az ellátást igénybe vevő
(törvényes képviselő) aláírása

I. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS
(a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)

I. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

(a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)

Név (születési név):

Születési hely, idő:

Lakóhely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jel:

1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás és nappali ellátás (idős, fogyatékos, demens személyek részére) igénybevétele esetén (házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás esetében az 1.1. pontot nem kell kitölteni):

1.1. önellátásra vonatkozó megállapítások:

önellátásra képes ☐ részben képes ☐ segítséggel képes ☐

1.2. szenved-e krónikus betegségben:

1.3. fogyatékoság típusa (hallássérült, látássérült, mozgássérült, értelmi sérült) és mértéke:

1.4. rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e:

1.5. gyógyszerek adagolásának ellenőrzése szükséges-e: ☐

1.6. szenvedett-e fertőző betegségben 6 hónapon belül: ☐

1.7. egyéb megjegyzések:

2. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételére vonatkozóan igazolom, hogy egészségi állapota alapján a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás biztosítása
indokolt ☐ nem indokolt ☐

3. Átmeneti elhelyezés (az éjjeli menedékhely kivételével), ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmények, lakóotthon esetén

3.1. esettörténet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan):

3.2. teljes diagnózis (részletes felsorolással, BNO kóddal):

3.3. prognózis (várható állapotváltozás):

3.4. ápolási-gondozási igények:

3.5. speciális diétára szorul-e:

3.6. szenvedélybetegségben szenved-e:

3.7. pszichiátriai megbetegedésben szenved-e:

3.8. fogyatékoságban szenved-e (típusa, mértéke):

3.9. időotthoni ellátás esetén demenciában szenved-e:

3.10. gyógyszereszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre:

4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:

P. H.

Dátum:

Orvos aláírása:

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)

II. JÖVEDELEMNYILATKOZAT

Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó személyes adatok:

Név:

Születési név:

Anyja neve:

Születési hely, idő:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

(itt azt a lakcímet kell megjelölni, ahol a kérelmező életvitelszerűen tartózkodik)

Telefonszám (nem kötelező megadni):

Az 1993. évi III. törvény 117/B. §-a szerint a mindenkori intézményi térítési díjjal azonos személyi térítési díj megfizetését az ellátást igénylő vagy a térítési díjat megfizető más személy vállalja-e (a rovat kitöltése nem minősül tényleges vállalásnak):

☐ **igen** - ebben az esetben a jövedelemnyilatkozat további részét és a „III. Vagyonynyilatkozat” nyomtatványt nem kell kitölteni,

☐ **nem**

Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó jövedelmi adatok:

| A jövedelem típusa | Nettó összege |
|---|----------------------|
| Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó | |
| Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, szellemi és más önálló tevékenységből származó | |
| Táppénz, gyermekgondozási támogatások | |
| Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások | |
| Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások | |
| Egyéb jövedelem | |

Összes jövedelem

Kiskorú igénybe vevő esetén a családban élőkre vonatkozó (nettó) jövedelmi adatok:

| Család létszáma:.....fő | | Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó | Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, szellemi és más önálló tevékenységből | Táppénz, gyermekgondozási támogatások | Önkormányzati és munkaügyi szervek által folyósított ellátások | Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások | Egyéb jövedelem |
|--|------------------|---|--|---------------------------------------|--|--|-----------------|
| Az ellátást igénybe vevő kiskorú | | | | | | | |
| A közeli hozzátartozók neve, születési ideje | Rokoni kapcsolat | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| ÖSSZESEN: | | | | | | | |

(szükség esetén a táblázat sorai bővíthetők)

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek. A térítési díj megállapításához szükséges jövedelmet igazoló bizonylatokat egyidejűleg csatoltam. Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak az eljárás során történő felhasználásához.

Dátum: _____

Az ellátást igénybe vevő
(törvényes képviselő) aláírása”