

## **Kérelem a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez**

(A formanyomtatvány az igényelt szociális ellátás típusának megfelelő adatok figyelembevételével töltendő ki.)

### **1. Az ellátást igénybe vevő adatai:**

Név:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési helye, időpontja:

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Állampolgársága:

Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása:

Cselekvőképesség mértéke:

Cselekvőképes  korlátozottan cselekvőképes  cselekvőképtelen

TAJ szám:.....

Tartására köteles személy és/vagy legközelebbi hozzátartozó és/vagy törvényes képviselő:

(a megfelelő aláhúzendő!)

a) neve:

b) lakóhelye:

c) telefonszáma:

d) e-mail címe:

### **3. Az igényelt szociális ellátás típusa ( csak a megfelelő pontot kérjük kitölteni!)**

#### **3.1. Étkeztetés**

milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:

milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását:

az étkeztetés módja:

helyben fogyasztás

elvitellel

kiszállítással

diétás étkeztetés  milyen típusú diéta:.....

#### **3.2. Házi segítségnyújtás**

milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:

milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását:

milyen típusú segítséget igényel:

segítség a napi tevékenységek ellátásában

bevásárlás, gyógyszerbeszerzés

személyes gondozás

egyéb:.....

#### **3.3. Nappali ellátás**

milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:

intézményi kisbusszal beszállítást kér-e:.....

#### **3.4. Ápolást-gondozást nyújtó idők otthona**

milyen időtartamra kéri a szolgáltatás biztosítását:

határozott  (annak ideje) .....

határozatlan

oron kívüli elhelyezést kér-e:

ha igen, annak oka:.....

Hány ágyas szobába kéri felvételét: 1 – 2 -3 – 4 (férfi ápolási) – 6 (női ápolási)

#### **3.5. Egyéb megjegyzések az igénybeveendő szolgáltatással kapcsolatban:**

Dátum:

**Az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása:**

I.

**EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS**

**(a házi orvos, kezelőorvos, vagy kórházi kezelés esetén a kórházi osztályos orvos *tölti ki*)**

Név (születési név):

Születési hely, idő:

Lakóhely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jel:

<b>1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás igénybevétele esetén</b>		
1.1. krónikus betegségek (kérjük, sorolja fel):		
1.2. fertőző betegségek (kérjük, sorolja fel):		
1.3. fogyatékoság (típusa és mértéke):		
1.4. egyéb megjegyzések, pl. speciális diéta szükségessége:		
<b>2. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételére vonatkozóan igazolom, hogy egészségi állapota alapján a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás biztosítása:</b>		
indokolt <input type="checkbox"/> nem indokolt <input type="checkbox"/>		
<b>3. Átmeneti elhelyezés (az éjjeli menedékhely kivételével), ápolást-gondozást nyújtó intézmény, rehabilitációs intézmények, lakóotthon esetén</b>		
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 diéta:		
3.6. szenvedélybetegség:		
3.7. pszichiátriai megbetegedés:		
3.8. fogyatékoság (típusa, mértéke):		
3.9. demencia:		
3.10. gyógyszeresedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges, stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek:		
<b>4. A házi orvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:</b>		
<b>Dátum:</b>	<b>Orvos aláírása:</b>	<b>P. H.</b>

(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 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:	
<b>Összes jövedelem:</b>	

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

# NYILATKOZAT ADATKEZELÉSHEZ

## NYILATKOZAT ADATKEZELÉSHEZ

Alulírott, \_\_\_\_\_ kijelentem, hogy az önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény által biztosított adatkezeléshez történő hozzájárulási jogomról, valamint a szolgáltatás igénybevételével járó adat-nyilvántartási kötelezettségről tájékoztatásban részesültem.

Aláírással **hozzájárok**, hogy az **Szent Mihály Idősgondozási Központ (2536 Nyergesújfalu, Kossuth L.u.3)**, a szolgáltatás nyújtásához szükséges, saját valamint az általam megadott közeli hozzátartozó(i)m adatairól a jogszabályokban előírt nyilvántartást vezesse, hivatalos megkeresés esetén az arra jogosultak részére adatot szolgáltatson, az együttműködés során az általam megadott adataimat a mindenkor hatályos jogszabályokban előírtak szerint kezelje.

Nyergesújfalu, 20 \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
aláírás