

Kérelem a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez

1. Az ellátást igénybe vevő adatai:

Név:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési helye, időpontja:

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Állampolgársága: magyar.....

Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Személyazonosító igazolvány száma:

érvényességi ideje:

| | |
|--|--|
| <u>Tartására köteles személy</u> | |
| a) neve: | |
| b) lakóhelye: (tartózkodási hely): | |
| Telefonszáma: | |
| Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének) | |
| a) neve: | |
| b) lakóhelye: | |
| c) telefonszáma: | |

Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma: ..

| | |
|---|--------------------------|
| <u>*2. Milyen típusú ellátás igénybevételét kéri</u> | |
| 2.1. alapszolgáltatás | |
| étkeztetés | |
| házi segítségnyújtás | <input type="checkbox"/> |
| jelzőrendszeres házi segítségnyújtás | <input type="checkbox"/> |
| | |

| | |
|--|--------------------------|
| <u>3. A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételére vonatkozó adatok:</u> | |
| 3.1. Étkeztetés | |
| milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:. | |
| milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását: munkanapokon | |
| az étkeztetés módja: | |
| helyben fogyasztás | |
| elvitellel | |
| _kiszállítással | |
| diétás étkeztetés | |
| 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 | <input type="checkbox"/> |
| bevásárlás, gyógyszerbeszerzés | <input type="checkbox"/> |
| személyes gondozás | <input type="checkbox"/> |
| egyéb, éspedig | <input type="checkbox"/> |

**A megfelelő választ aláhúzással kérjük jelölni.*

Dátum: Ötveny,

.....

Az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása:

Nyilatkozat

Alulírott, (szül.hely, idő:, év hó ... nap., an.:
.....), Öttevény, utca szám alatti lakos a 9/1999.
(XI.24.) SzCsM rendelet 18. § -a értelmében nyilatkozom, hogy más szolgáltatónál, intézménynél

igénybe veszek, nem veszek igénybe*

szociális alapszolgáltatást.

Ha igen, az igénybe vett alapszolgáltatás formája:

Öttevény,

.....

aláírás

- A * jelölnél a megfelelő aláhúzendó.

1. számú melléklet a 9/1999. (XI. 24.) SZCSM rendelethez⁶⁶

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 <input type="checkbox"/> részben képes <input type="checkbox"/> segítséggel képes <input type="checkbox"/> |
| 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: <input type="checkbox"/> |
| 1.6. szenvedett-e fertőző betegségben 6 hónapon belül: <input type="checkbox"/> |
| 1.7. egyéb megjegyzések: |
| 2. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételére vonatkozóan igazolom, hogy egészségi állapota alapján a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás biztosítása |
| indokolt <input type="checkbox"/> nem indokolt <input type="checkbox"/> |
| 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:

Dátum:

P. H.

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. Vagyonnyilatkozat" 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:

| A család létszáma: | Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó | Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, szellemi és más önálló tevékenységből származó | Táppénz, gyermekgondozási támogatások | Önkormányzat 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 | | | | | |
| 1) | | | | | | |

| | | | | | | | |
|------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 2) | | | | | | | |
| 3) | | | | | | | |
| 4) | | | | | | | |
| 5) | | | | | | | |
| 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) aláírása⁷⁰**