

Kérelem a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez

1. Az ellátást igénybevevő adatai

Név:

Születési név:

Anyja neve:

Születési helye, ideje:

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Állampolgársága:

TAJ száma:

1.1 Tartásra köteles személy

Neve:

Lakóhelye:

Telefonszáma:

1.2 Legközelebbi hozzátartozó

Neve:

Lakóhelye:

Telefonszáma:

1.3 Az ellátást igénybevevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma: fő

2. Milyen típusú ellátás igénybevételét kéri? (A megfelelőt kérjük megjelölni!)

étkeztetés

házi segítségnyújtás

jelzőrendszeres házi segítségnyújtás

támogató szolgáltatás

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

3.1 Étkeztetés

A szolgáltatás biztosításának kezdő napja:

A szolgáltatás biztosításának gyakorisága:

Az étkeztetés módja:

- helyben fogyasztás
- elvitel
- kiszállítás

3.2 Házi segítségnyújtás

A szolgáltatás biztosításának kezdő napja:

A szolgáltatás biztosításának gyakorisága:

A segítség típusa:

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

3.3 Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás

A szolgáltatás biztosításának kezdő napja:

3.4 Támogató szolgáltatás

A szolgáltatás biztosításának kezdő napja:

A szolgáltatás biztosításának gyakorisága:

A segítség típusa:

- szállító szolgáltatás
- személyi segítő

4. Más szolgáltatónál, intézménynél igénybe vesz-e valamilyen alapszolgáltatást?

(A megfelelőt kérjük aláhúzni!)

igen

nem

Ha igen:

Intézmény/szolgáltató neve:

Alapszolgáltatás típusa:

Borsosberény,

.....
igénylő/törv. képviselő aláírása

JÖVEDELEMNYILATKOZAT

Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó személyes adatok:

Név:

Születési név:

Anyja neve:

Születési hely, idő:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

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:

A család létszáma:
..... fő

		Munka- viszonyból és más foglalkozta- tási jogviszony- ból származó	Társas és egyéni vállalkozásb- ól, őstermelői, szellemi és más önálló tevékenység- ből származó	Táppénz, gyermek- gondozási támogatáso- k	Önkormány- zat 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:							

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**

I. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

(a házi orvos, kezelő orvos 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. gyógyszeresedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre:

4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:

Dátum:

Orvos aláírása

P. H.