

B/1.) Kérelem a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételére		
A.) Adatlap		
<b>1. Az ellátást igénybevevő adatai</b>		
Név:		
Születési neve:		
Anyja neve		
Születési helye		
Születési időpontja		
Lakóhelye		
Tartózkodási helye		
Állampolgársága		
Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása:		
Társadalombiztosítási Azonosító Jele:		
Tartására köteles hozzátartozó:	Neve	
	Lakóhelye	
Igénybevevő telefonszáma		
Legközelebbi hozzátartozójának:	Neve	
	Lakóhelye	
	Telefonszáma	
Törvényes képviselőjének	Neve	
	Lakóhelye	
	telefonszáma	
Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma:		
<b>2. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevétele</b>	<input type="checkbox"/>	

Dátum:.....

.....  
Aláírás  
(ellátást igénybevevő (törvényes képviselő))



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:		
4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:		
5. Étkeztetés igénybevétele esetében		
Egészségi állapota indokolja-e az étel házhoz szállítását:		
<b>Igen</b>		<b>Nem</b>
<b>Dátum:</b>	<b>Orvos aláírása:</b>	

.....	.....	<b>P. H.</b>
-------	-------	--------------

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)

<b>B/4.) Igazolás a jelzőrendszeres házi segítségnyújtást igénybevevő egészségügyi állapotáról</b>		
<b>1. Ellátást igénybe vevő adatai</b>		
Név		
Születési név		
Születési hely, idő		
Lakcím		
<b>2. Egészségi állapota alapján jelzőrendszeres házi segítségnyújtás biztosítása:</b>		
Indokolt <input type="checkbox"/>	Nem indokolt <input type="checkbox"/>	
3. Felülvizsgálat szükséges:	Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>
Ha szükséges, a következő felülvizsgálat időpontja		
Dátum:	Orvos aláírása	P.H.

<b>B/1.) Kérelem a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételéhez</b>	
<b>C.) Adatlap</b>	
<b>Jövedelem nyilatkozat</b>	
1. Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó személyi adatok	
Név:	
Születési neve:	
Anyja neve	
Születési helye	
Születési időpontja	
Lakóhelye (Az a cím, ahol a kérelmező életvitelszerűen tartózkodik)	
Telefonszám (nem kötelező adat)	
2. 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 <input type="checkbox"/> NEM <input type="checkbox"/>	
3. Kijelentem, hogy havonta a következő rendszeres jövedelmekkel rendelkezem	
1. Az ellátást igénylő rendszeres (bruttó) havi jövedelme	
1.1 Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó jövedelem	
1.2. Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó jövedelem	
3. Alkalmi munkavégzésből származó jövedelem	
4. Táppénz, gyermekgondozási támogatások	
5. Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások	
Amennyiben az erre vonatkozó igazolás beszerzését hivatalból kéri, az ellátást folyósító szerv neve és címe:	
6. Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások	
7. Egyéb jövedelem	

Összes havi nettó jövedelem	
-----------------------------	--

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

\_\_\_\_\_, 20\_\_ . \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
Ellátott (törvényes képviselő) aláírása

Szolgáltató / intézményvezető / ellátást végző tölti ki!		
	Havi adat	Napi adat
A szolgáltatást igénybevevő személy rendszeres jövedelme		
Maximális terhelhetőség szociálisan rászorult személy esetében (A szolgáltatást igénybe vevő rendszeres havi jövedelmének 2 %-a)		

Hozzájárulok, hogy életkorom igazolására személyi igazolványomról másolatot készítsenek.

Bicske,.....

## Nyilatkozat együttélésről

Alulírott, nyilatkozom, hogy a velem egy háztartásban élő személy

(.....) a 65. életévét betöltötte.

Bicske, ..... ..

ADATLAP

Jelzőrendszeres házi segítségnyújtásban részesülő személyről:

Jelzőrendszeres házi segítségnyújtásban részesülő személy neve:

.....

Leánykori neve:

.....

Lakcíme:

.....

Személyi igazolvány száma: .....

TAJ-száma: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, idő: .....

Értesítendő hozzátartozó neve, címe: .....

Telefonszáma: .....

Betegségek, egészségi állapottal kapcsolatos egyéb tudnivalók (pl. krónikus betegségek, gyógyszerérzékenység stb.):.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Van-e lakásba való bejutást akadályozó tényező? Ha igen, mi az? (pl. kutya, riasztó stb)

.....

.....

.....

Bicske,.....

Vezető gondozó

Alulírott hozzájárulok ahhoz, hogy egészségi állapotomra vonatkozó adatokat a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás biztosításához az arra illetékesek megismerjék.

Bicske,.....

.....

Kérelmező

**FELJEGYZÉS**

**Lakáskulcs átvételéről**

Alulírott a ..... nevében az alábbi lakáskulcsot vettem át:

A lakáskulcs tulajdonosának neve:.....

Az átvétel időpontja: .....év.....hó.....nap

Az átvevő neve: .....

\_\_\_\_\_  
A tulajdonos aláírása

\_\_\_\_\_  
a szolgáltató képviselője

B/9. Feljegyzés lakáskulcs visszaadásáról

**FELJEGYZÉS**

**Lakáskulcs visszaadásáról**

Alulírott a ..... nevében az alábbi lakáskulcsot adtam vissza tulajdonosának:

A lakáskulcs tulajdonosának neve:.....

Az visszaadás időpontja: .....év.....hó.....nap

Az átvevő neve: .....

---

A tulajdonos aláírása

---

a szolgáltató képviselője