6. melléklet az 8/2021.(VI.7.) önkormányzati rendelethez

**Kérelem**

**házi segítségnyújtás igénybevételéhez**

|  |
| --- |
| 1. **Az ellátást igénybe vevő adatai:** |
| Név: …………………………………………Telefonszáma:………………………... |
| Születési neve: ………………………………………………………………………... |
| Anyja neve:……………………………………………………………………………. |
| Születési helye, időpontja:……………………………………………………………. |
| Lakóhelye:…………………………………………………………………………… |
| Tartózkodási helye:………………………………………………………………….. |
| Állampolgársága:…………………………………………………………………….. |
| Társadalombiztosítási Azonosító Jele:………………………………………………. |
| Tartására köteles személy van-e? igen nem\* |
| *a)* neve:…………………………………………………………………………… |
| *b)* lakóhelye:………………………………………………………………………. |
| Telefonszáma:……………………………….. |
| Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének) |
| *a)* neve:……………………………………születési neve:……………………………………  *b*) születési helye, ideje:……………………………………………………………………….  *c*) anyja neve:…………………………………………………………………………………. |
| *d)* lakóhelye:………………………………………………………………………. |
| *e)* telefonszáma:…………………………. |
| Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma:…. |
| **2. A házi segítségnyújtás igénybevételére vonatkozó adatok:** |
| 2.1. Házi segítségnyújtás c  milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: ………………………………  milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását: …………………………..  milyen típusú segítséget igényel:  - segítség a napi tevékenységek ellátásában c  - bevásárlás, gyógyszerbeszerzés c  - személyes gondozás c  - egyéb, éspedig: ............................................................................................. c |

Dátum:……………………………… ………………………………………………

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 igénybevétele** | | | |  |
| **1.1. önellátásra vonatkozó megállapítások:** | | | |  |
| önellátásra képes □ | | részben képes □ | segítséggel képes □ |  |
| 1.2. szenved-e krónikus betegségben: | | | |  |
| 1.3. fogyatékosság 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: | | | |  |
| 1. **Házi segítségnyújtás igénybevételére vonatkozóan igazolom,** hogy egészségi állapota alapján a házi segítségnyújtás biztosítása | | | |  |
| **indokolt** □ | **nem indokolt** □ | | | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:** | | |
| **Dátum:** | **Orvos aláírása** | **P. H.** |  |
| *(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)* | | |  |

Előszállás Nagyközség Önkormányzata

2424 Előszállás, Fő tér 3.

TELEFON/FAX:25/484-802

EMAIL: hivatal@eloszallas.hu

NYILATKOZATOK

I.

Alulírott:…………………………………………………………………………………………

2424 Előszállás, ………………………………………………. szám alatti lakos nyilatkozom, hogy más szolgáltatónál, intézménynél alapszolgáltatást,

1. *Nem veszek igénybe*
2. *Igénybe veszek\*,* mégpedig: …………………………………………………………..

II.

Tájékoztatjuk, hogy a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 117/B §. értelmében az ellátást igénylő, az ellátott vagy a térítési díjat megfizető más személy írásban vállalhatja a mindenkori intézményi térítési díjjal azonos személyi térítési díj megfizetését. Ebben az esetben nem kerül sor jövedelemvizsgálat lefolytatására.

Kérem a megfelelő sor aláhúzásával jelezze szándékát\*:

1. *Vállalom, hogy a mindenkori intézményi térítési díjjal azonos személyi térítési díjat fizetem meg.*
2. *Nem vállalom, hogy a mindenkori intézményi térítési díjjal azonos személyi térítési díjat fizetem meg.*

Dátum: Előszállás, 20……………………

………………………………………………

Az ellátást igénylő (törvényes képviselő) aláírása

\*megfelelőt aláhúzni

Előszállás Nagyközség Önkormányzata felhívja ügyfelei figyelmét, hogy a nyomtatvány kitöltése során felvételre kerülő személyes adatokat a hivatal Adatvédelmi és adatbiztonsági szabályzatának megfelelően kezeli, melyet megtekinthet az önkormányzat honlapján ([www.eloszallas.hu](http://www.eloszallas.hu)) vagy megismerheti annak tartalmát az ügyfélszolgálaton elhelyezett példányból.