**Mátraterenye Község Önkormányzatának Képviselő-testülete**

**8/2021. (VI. 9.) önkormányzati rendelete**

1. számú melléklete

**Kérelem házi segítségnyújtáshoz**

**Kérelem személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Az ellátást igénybe vevő adatai:**  Név: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Születési neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Anyja neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Születési helye, időpontja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Lakóhelye: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tartózkodási helye: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Állampolgársága: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Társadalombiztosítási Azonosító Jele: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cselekvőképességre vonatkozó adat:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefonszáma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Értesítési címe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Tartására köteles személy**  *a)* neve, születési neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *b)* lakóhelye: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *c.)* telefonszáma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)**   1. neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   születési neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *b)* lakó és tartózkodási helye vagy értesítési címe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *c)* telefonszáma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_fő |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **2. Milyen típusú ellátás igénybevételét kéri**  **2.1. alapszolgáltatás: házi segítségnyújtás**  **3. A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételére vonatkozó adatok:**  **3.1. Házi segítségnyújtás**  milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  milyen típusú segítséget igényel: …………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………….  Kijelentem, hogy ezen kérelem benyújtásakor az általam igényelt szociális ellátás feltételeiről szóló  tájékoztatást megkaptam.  Dátum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ellátást igénybe vevő  (törvényes képviselő) aláírás |  |
|  |

***EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS***

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

Név (születési név):…………………………………………………………………………….

Születési hely, idő:……………………………………………………………………………..

Lakóhely:………………………………………………………………………………………

Társadalombiztosítási Azonosító Jel:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás, idősek nappali ellátása igénybevétele esetén** | | |  |
| 1.1. krónikus betegségek (kérjük, sorolja fel): | | |  |
| 1.2. fertőző betegségek (kérjük, sorolja fel): | | |  |
| 1.3. fogyatékosság (típusa és mértéke): | | |  |
| 1.4. egyéb megjegyzések, pl. speciális diéta szükségessége: | | |  |
| **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 diéta: | | |  |
| 3.6. szenvedélybetegség: | | |  |
| 3.7. pszichiátriai megbetegedés: | | |  |
| 3.8. fogyatékosság (típusa, mértéke): | | |  |
| 3.9. demencia: | | |  |
| 3.10. gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek: | | |  |
| **4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:** | | |  |
| **Dátum:** | **Orvos aláírása:** | **P. H.** |  |
| *(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)* | | |  |