**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)* |  |