

Kérelem

házi segítségnyújtás szociális alapszolgáltatás igénybevételéhez

1. Az ellátást igénybe vevő adatai:

Név: _____ TB azonosító jele: _____

Születési neve: _____ Anyja neve: _____

Születési hely, idő: _____

Lakóhelye: _____ Telefonszáma : _____

Tartózkodási helye : _____

Állampolgársága: _____

Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása: _____

Tartására köteles személy:

Neve: _____

Lakóhelye: _____

Telefonszáma: _____

Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)

Neve: _____

Lakóhelye: _____

Telefonszáma: _____

2. A személyes gondozást nyújtó szociális ellátás igénybevételére vonatkozó adatok:

Mikortól kéri az ellátás biztosítását? _____

Milyen gyakorisággal kéri az ellátást? _____

Dátum: _____

az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő)

aláírása

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, idősök nappali ellátása igénybevétele esetén		
1.1. krónikus betegségek (kérjük, sorolja fel):		
1.2. fertőző betegségek (kérjük, sorolja fel):		
1.3. fogyatékoság (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. 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:		
Dátum:	Orvos aláírása:	P. H.

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)

JÖVEDELEMNYILATKOZAT

Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó személyes adatok:

Név:

Születési név:

Anyja neve:

Születési hely, idő:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

(itt azt a lakcímet kell megjelölni, ahol a kérelmező életvitelszerűen tartózkodik)

Telefonszám (nem kötelező megadni):.....

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 állami foglalkoztatási szervek által folyósított ellátások	
Egyéb jövedelem	
Összes jövedelem	

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**

**A házi segítségnyújtás szolgáltatásért fizetendő
TÉRÍTÉSI DÍJAK**

- Nettó 0-50 000 Ft jövedelem között: 800 Ft/óra
- Nettó 50 000 – 200 000 Ft jövedelem között: 1 600 Ft/óra
- Nettó 200 000 Ft feletti jövedelem esetén: 2 000 Ft/óra

Havonta személyenként maximum 15 óra házi segítségnyújtás szolgáltatás vehető igénybe.