

Kérelem

a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez

1./ Az ellátást igénybe vevő természetes adatai:

Név:
Születési neve:
Anyja neve:
Születési helye, ideje:
Lakóhelye:
Tartózkodási helye:
Telefonszáma:
Állampolgársága:
Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása:
Szabad mozgás és tartózkodás jogára vonatkozó adat:
Társadalombiztosítási Azonosító Jele:
Cselekvőképesség: igen nem
Ha nem, a cselekvőképzetlenség típusa:
Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének):
Neve:
Lakóhelye:
Tartózkodási helye:
Telefonszáma:

2./ Milyen típusú ellátás igénybevételét kéri

Nappali ellátás étkezés nélkül
Nappali ellátás étkezéssel
Étkezés elvitellel
Étkezés szállítással
Házi segítségnyújtás
Átmeneti ellátás-idősek gondozóháza
Támogató szolgálat

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:
Milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását:
Étkeztetés esetén igényel-e diétás étkezést: igen nem
Az ellátást kérelmező családi állapota:
 egyedülálló házastársával/élettárrsal él együtt egyéb hozzátartozó
Támogató szolgálat esetén:
Milyen típusú segítséget igényel:
Szállító szolgáltatás személyi segítség
Szociálisan rászorult: igen nem
Szociális rászorultságának érvényessége:
Végleges határozott idejű, felülvizsgálat esedékessége:

Kelt: Bicske,.....

Az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása:

I. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

(a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)

Név (születési név):

Születési hely, idő:

Lakóhely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jel:.....

1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás és nappali ellátás (idős, fogyatékos, demens személyek részére) igénybevétele esetén (házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás esetében az 1.1. pontot nem kell kitölteni):

1.1. önellátásra vonatkozó megállapítások:

önellátásra képes részben képes segítséggel képes

1.2. szenved-e krónikus betegségben:

1.3. fogyatékoság 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:

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 diétára szorul-e:

3.6. szenvedélybetegségben szenved-e:

3.7. pszichiátriai megbetegedésben szenved-e:

3.8. fogyatékoságban szenved-e (típusa, mértéke):

3.9. időotthoni ellátás esetén demenciában szenved-e:

3.10. gyógyszeresedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre:

4. Étkeztetés igénybevétele esetében

Egészségi állapota indokolja-e az étel házhoz szállítását:

Igen

Nem

5. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:

Dátum:

Orvos aláírása:

P. H.

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)

II. 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 1993. évi III. törvény 117/B. §-a szerint 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 - ebben az esetben a jövedelemnyilatkozat további részét és a „III. Vagyonynyilatkozat” nyomtatványt nem kell kitölteni,

nem

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 támogatás:	
Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások:	
Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások:	
Egyéb jövedelem:	
Összes jövedelem:	

Kiskorú igénybe vevő esetén a családban élőkre vonatkozó (nettó) jövedelmi adatok:

Az ellátást igénybe vevő kiskorú neve:

A család létszáma:fő

	A közeli hozzátartozó neve, születési ideje	Rokoni kapcsolat	Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, szellemi és más önálló tevékenységből származó	Táppénz, gyermek-gondozási támogatások	Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások	Egyéb jövedelem
1.)								
2.)								
3.)								
4.)								
5.)								
	ÖSSZESEN:							

Püntetőjogi feladósággal tudatában kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek. A térítési díj megállapításához szükséges jövedelmet igazoló bizonylatokat egyidejűleg csatolhann. Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak az eljárás során történő felhasználásához.

Értékeltem:

.....

Az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása

Nyilatkozat

Nyilatkozom, mint a Egyesített Családsegítő és Gondozási Központ-Kapcsolat Központ által biztosított szociális szolgáltatást igénybevevő, hogy az általam igényelt ellátással kapcsolatban az alábbiakról részletes tájékoztatást kaptam:

- Az ellátás feltételeiről
- A jogviszony létesítéshez szükséges okiratokról
- Az intézmény által biztosított ellátás tartalmáról, feltételeiről
- Az intézmény által vezetett nyilvántartásokról
- Az intézményben, a szociális törvényben előírt nyilvántartásokhoz történő adatszolgáltatásról
- A panasztétel gyakorlásának módjáról
- Jogaimat és érdekeimet képviselő társadalmi szervezetekről
- Az ellátás házirendjéről
- A fizetendő térítési díjról, teljesítési feltételeiről, a mulasztás következményéről
- Az intézményi jogviszony megszűnésének eseteiről
- A TAJ szám alapú nyilvántartásról a szociális törvény szerint

Bicske,

.....
Az ellátást igénybe vevő

Nyilatkozat alapszolgáltatás igénybevételéről

Alulírott (Ellátott vagy törvényes képviselője)
nyilatkozom, hogy a Kérelem benyújtásának időpontjában más szociális alapszolgáltatást
igénybe veszek/nem veszek igénybe (megfelelő aláhúzendó)

Az alábbi szociális alapszolgáltatásokat veszem igénybe (csak a fentiekben bejelölt „igénybe
veszek” válasz esetén kitöltendő):

Szolgáltatás típusa	Szolgáltató neve/címe	Igénybevétel kezdete
falugondnoki és tanyagondnoki szolgáltatás		
étkeztetés		
házi segítségnyújtás		
családsegítés		
jelzőrendszeres házi segítségnyújtás		
közösségi ellátások, támogató szolgáltatás		
utcai szociális munka		
nappali ellátás		

Kelt:

.....
Ellátott/ törvényes képviselő

NYILATKOZAT

Alulírott **büntetőjogi**

felelősségem tudatában kijelentem, hogy jövedelemmel nem rendelkezem.

Bicske,

.....

Háziorvos/kezelőorvos igazolása
Étkeztetés egészségi állapoton alapuló, rászorultság
feltételeinek megállapítására

Kérelmező neve:
Születési ideje, helye:
Anyja neve:
Lakcíme:
TAJ száma:

Szenved e akut betegségben? Igen Nem

Amennyiben igen: egészségi állapotán javulásának várható
időpontja:.....

Szenved e krónikus betegségben? Igen Nem

Igazolom, hogy nevezett személy egészségi állapota alapján, önmagát
ellátni:

Átmenetileg nem képes :

Véglegesen nem képes :

Étel házhoz szállításának biztosítása indokolt: Igen Nem

Bicske, 20.....

Ph.

.....
Háziorvos/kezelőorvos aláírása

Háziorvos/kezelőorvos igazolása
Étkeztetés egészségi állapoton alapuló, rászorultság
feltételeinek megállapítására - **diétás étkezés**
igénybevételére

Kérelmező neve:
Születési ideje, helye:
Anyja neve:
Lakcíme:
TAJ száma:

Igazolom, hogy nevezett személy, egészségi állapota alapján, diétás
étkezés igénybevételére jogosult:

Diétás étkezés megnevezése:

Bicske, 20.....

Ph.

.....
Háziorvos/kezelőorvos aláírása