

GYÖMÖRE KÖZSÉG ÖNKORMÁNYZATA

9124 Gyömöre, Rózsa Ferenc u. 9.

Tel.: 06-96-561-030

Fax: 06-96-561-031

Email: hivatal@gyomore.hu

7. sz. melléklet

KÉRELEM SZEMÉLYES GONDOSKODÁST NYÚJTÓ SZOCIÁLIS ELLÁTÁS IGÉNYBEVÉTELÉHEZ

1. Az ellátást igénybe vevő adatai:

Név:.....

Születési név:.....

Anyja neve:.....

Születési helye, ideje.....

Lakóhelye:.....

Tartózkodási helye:.....

Állampolgársága:.....

Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása:.....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:.....

Telefonszáma:.....

Tartására köteles személy:

Név:.....

Születési név:.....

Anyja neve:.....

Születési helye, ideje.....

Lakóhelye:.....

Tartózkodási helye:.....

Telefonszáma:.....

Legközelebbi hozzátartozójának vagy törvényes képviselőjének adatai*:

Név:.....

Születési név:.....

Anyja neve:.....

Születési helye, ideje.....

Lakóhelye:.....

Tartózkodási helye:.....

Telefonszáma:.....

- a megfelelő válasz aláhúzendó

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

2.1. Étkeztetés:

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását?.....

Milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását?.....

Az étkeztetés módja: *helyben fogyasztás *elvitel *kiszállítás

*diétás étkeztetés Fajtája:.....

*az étel elfogyasztása az idősek klubjában történik

2.2. Házi segítségnyújtás:

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását?.....

Milyen időtartamra kéri a szolgáltatás biztosítását?.....

Milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását?.....

Milyen típusú segítséget igényel? (segítség a napi tevékenységek ellátásában)

bevásárlás, gyógyszerelés, személyes gondozás, egyéb, éspedig:.....

.....

.....

2.3. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevétele:

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását?.....

Milyen időtartamra kéri a szolgáltatás biztosítását?.....

2.4. Nappali ellátás:

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását?.....

Milyen időtartamra kéri a szolgáltatás biztosítását?.....

Dátum:

.....
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:

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. pontot nem kell kitölteni)

1. Önellátásra vonatkozó megállapítások

önellátásra képes

részben képes

segítséggel képes

2. Szenved-e krónikus betegségben:

.....

3. fogyatékoság típusa (hallássérült, látássérült, mozgássérült, értelmi sérült) és mértéke:

.....

4. rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e:

.....

5. gyógyszerek adagolásának ellenőrzése szükséges-e:

6. szenvedett-e fertőző betegségben 6 hónapon belül:

7. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételére vonatkozóan igazolom, hogy egészségi állapota alapján a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás biztosítása:

indokolt

nem indokolt

8. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:

.....

.....

.....

Dátum:

P. H.

.....

Orvos aláírása

(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:

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 támogatások	
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:

A család létszáma:..... fő		Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, szellemi és más önálló tevékenységből származó	Táppénz, gyermekgondozási támogatás	Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások	Egyéb jövedelem
Az ellátást igénybe vevő kiskorú							
közeli hozzátartozó neve, születési ideje	Rokoni kapcsolat						
1)							
2)							
3)							
ÖSSZESEN:							

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