



Hortobágy Község Önkormányzatának Hortobágyi Szociális Szolgáltatója

4071 Hortobágy, Czinege János u. 1.
Telefon: 05-52/589-301, E-mail: szoc.hortobagy@gmail.com

KÉRELEM

a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybeviteléhez

(A formanyomtatvány az igényelt szociális ellátás típusának megfelelő adatok figyelembevételével töltendő ki.)

1. Az ellátást igénybe vevő adatai:

Név: Születési neve:

Anyja neve: TAJ száma:

Születési helye, időpontja:

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Állampolgársága: bevándorolt / letelepedett / menekült jogállás *

Családi helyzete: egyedül él ☐ két személyes háztartásban él ☐

több személyes háztartásban él ☐

Az ellátást igénybe vevő cselekvőképességére vonatkozó adatok:

Gondnoka, gyámja van ☐ nincs ☐

Gondnok / gyám neve:

Lakcíme, telefonszáma:

Gondnokság típusa: cselekvőképességet kizáró cselekvőképességet korlátozó *

végleges ideiglenes eseti * (*A megfelelőt kérjük aláhúzni!)

Az ellátást igénybe vevő telefonszáma:

Tartására köteles személy

a) neve:

b) lakóhelye:

c) telefonszáma:

Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)

a) neve:

b) lakóhelye:

c) telefonszáma:

2. Milyen típusú ellátás igénybevitelét kéri?

2.1. alapszolgáltatás

2.1.1. étkeztetés ☐

2.1.2. házi segítségnyújtás ☐

3. A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevitelére vonatkozó adatok:

3.1. Étkeztetés

• milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:

• milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását:

az étkeztetés módja:

- kiszolgálással, egyidejű helyben fogyasztással
- elvitellel
- lakásra szállítással

☐
☐
☐

diétás étkeztetést igényel-e:

igen ☐

nem ☐

Dolgozik-e:

igen ☐

nem ☐

3.2. Házi segítségnyújtás

- milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:
- milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását:.....
- milyen típusú segítséget igényel:
 - **szociális segítség** (segítség a lakókörnyezeti higiénia megtartásában, a háztartási tevékenységben való közreműködés) ☐
 - **személyes gondozás** (gondozási és ápolási feladatok) ☐

3.5. Soron kívüli ellátást igényel:

igen ☐

nem ☐

Hozzájárulok a személyi adataimat és jövedelmi adataimat tartalmazó okmányok másolásához és a személyi anyagomban történő elhelyezéséhez.

Hozzájárulok, hogy a Hortobágy Község fenntartásában működő Hortobágyi Szociális Szolgáltató a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény (továbbiakban: Szt.) 20. §-ában meghatározott nyilvántartásban adataimat kezelje a szolgáltató adatszolgáltatási kötelezettségének teljesítése, illetve az Szt.-ben meghatározott jogok érvényesülésének elősegítése érdekében.

Felelősségem tudatában kijelentem, hogy életvitelszerűen

- a lakóhelyemen *
- a tartózkodási helyemen * élek,

(*A megfelelő rész aláhúzendó!)

a kérelemben közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Hortobágy, 20..... év hó nap.

.....
Az ellátást igénybe vevő
(törvényes képviselő) aláírása

Csatolandó okmányok:

- Személyi igazolvány,
- Lakcímkártya,
- TAJ kártya,
- Nyugdíjfolyósító Igazgatóság, Magyar Államkincstár igazolása az ellátás összegéről,
- Utolsó havi csekkszelvény vagy pénzügyi folyószámla kivonat az ellátás utalásáról,
- Gondnökkirendelő határozat,
- Kórházi és orvosi zárójelentések,
- A fogyatékoság fennállását igazoló a tanulási képességet vizsgáló szakértői és rehabilitációs bizottság, illetve az országos szakértői és rehabilitációs tevékenységet végző bizottság szakértői véleményét vagy a fogyatékoság jellege szerinti szakorvosi leletet, vagy súlyos fogyatékoság esetén a fogyatékosági támogatás, a vakok személyi járadéka, illetve a magasabb összegű családi pótlék megállapítását, vagy folyósítását igazoló határozat,
- A demenciát igazoló orvosszakértői szerv vagy a Pszichiátriai/Neurológiai Szakkollégium által befogadott demencia centrum vagy pszichiáter, neurológus, geriáter szakorvos által kiállított a demencia kórképet megállapító szakvélemény.