3.sz. melléklet a 5/2015. (II.12.) önkormányzati rendelethez

**KÉRELEM**

***Idősek klubjának igénybevételéhez***

**1. Az ellátást kérelmező adatai:**

Név:……………………………………………………………………………………………………….

Születési név:……………………………………………………………………………………………

Anyja neve:……………………………………………………………………………………………….

Születési helye, időpontja:………………………………………………………………………………..

Lakóhelye:………………………………………………………………………………………………..

Tartózkodási helye:……………………………………………………………………………………….

Állampolgársága:…………………………………………………………………………………………

Bevándorolt, letelepedett vagy menekült, hontalan jogállása, szabad mozgás és tartózkodás joga: ……..……………………………………………………………………………………………..

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:……………………………………

**Az ellátást kérelmező cselekvőképes: igen nem**

**Amennyiben nem, úgy**

**törvényes képviselőjének:**

a) neve:…………………………………………………………………………………………….

b) lakóhelye:………………………………………………………………………………………

c) telefonszáma:……………………………………………………………………………………

**a tartására kötelezett személy:**

a) neve:…………………………………………………………………………………………….

b) lakóhelye:………………………………………………………………………………………

c) telefonszáma:……………………………………………………………………………………

**Legközelebbi hozzátartozójának:**

a) neve:…………………………………………………………………………………………….

b) lakóhelye:………………………………………………………………………………………

c) telefonszáma:……………………………………………………………………………………

**2. Az ellátás igénybevételére vonatkozó adatok:**

* Idősek klubjának igénybevétele: □

Mely időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását (hónap, nap): ………………………………………

Milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását: ……………………………………..

Igényelt szolgáltatások: ……………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………..

**3. A kérelemhez mellékelni kell: személyi igazolvány, lakcímkártya, TAJ - kártya másolatát.**

NYILATKOZAT TÁJÉKOZTATÁSRÓL

Az idősek klubjának igénybevételéről tájékoztatásban részesültem, az abban foglaltakat tudomásul vettem

…………………………………………………...

Az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása

NYILATKOZAT ADATKEZELÉSHEZ

Alulírott.........................................................nyilatkozom, hogy a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló 1992. évi LXIII. törvény által biztosított adatkezeléshez történő hozzájárulási jogomról, valamint a szolgáltatás igénybevételével járó adat-nyilvántartási kötelezettségről tájékoztatásban részesültem.

Aláírásommal, önkéntesen hozzájárulok / nem járulok hozzá, hogy a Halásztelki Humánszolgáltató Központ Idősek Klubja, 2314 Halásztelek, Bethlen G. u. 47. a személyes adataimról a nyilvántartást vezessen, hivatalos megkeresés esetén azokról adatot szolgáltasson, az együttműködés során tudomására jutott különleges adataimat a mindenkori hatályos jogszabályokban előírtak szerint kezelje.

…………………………………………………...

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. fogyatékosság 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. fogyatékosságban szenved-e (típusa, mértéke): | | | |
| 3.9. idősotthoni ellátás esetén demenciában szenved-e: | | | |
| 3.10. gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre: | | | |
| **4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:** | | | |
| **Dátum:** | | Orvos aláírása: | P. H. |

***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**

□ **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 állami foglalkoztatási 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 tevékeny-  ségből származó** | **Táppénz,  gyermek-  gondozási  támogatások** | **Önkormányzat és állami foglalkoztatási szervek által folyósított ellátások** | **Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű  rendszeres szociális  ellátások** | **Egyéb jövedelem** |  |
| **Az ellátást igénybe vevő kiskorú** | | |  |  |  |  |  |  |  |
| **A közeli hozzátartozók 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) aláírás**