

| A.) Adatlap | | |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------|
| 1. Az ellátást igénybevevő adatai | | |
| Név: | | |
| Születési neve: | | |
| Anyja neve | | |
| Születési helye | | |
| Születési időpontja | | |
| Lakóhelye | | |
| Tartózkodási helye | | |
| állampolgársága | | |
| Bevándorolt, lételepedett vagy menekült jogállása: | | |
| Társadalombiztosítási Azonosító Jele: | | |
| Tartására köteles hozzátartozó: | neve | |
| | lakóhelye | |
| Igénybevevő telefonszáma | | |
| Legközelebbi hozzátartozójának: | neve | |
| | lakóhelye | |
| | telefonszáma | |
| Törvényes képviselőjének: | neve | |
| | lakóhelye | |
| | telefonszáma | |
| Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma: | | |
| 2. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevétele | | <input type="checkbox"/> |

Dátum:.....

.....
aláírás
(ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő))

B.) Adatlap

egészségi állapotra vonatkozó adatok a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevétele

(házi orvos, kezelő orvos tölti ki)

| önellátásra vonatkozó egállapítások: | önellátásra képes <input type="checkbox"/> | részben képes <input type="checkbox"/> | segítséggel képes <input type="checkbox"/> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|
| szenved-e krónikus betegségben: | | | |
| esetleges fogyatékoság típusa (hallássérült, látássérült, mozgássérült, szellemi sérült) és mértéke: | | | |
| rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e: | | | |
| gyógyszerek adagolásának ellenőrzése szükséges: | | | |
| szenvedett fertőző betegségben 6 hónap alatt: | | | |
| egyéb megjegyzések: | | | |
| házi orvos (kezelő orvos) egyéb megjegyzései: | | | |
| | Orvos aláírása | | P.H. |

C.) Adatlap

Jövedelem nyilatkozat

Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó személyi adatok

| | |
|-------------------------------------------------------------------------|--|
| Év: | |
| Születési neve: | |
| Anyja neve | |
| Születési helye | |
| Születési időpontja | |
| Lakóhelye Az a cím, ahol a kérelmező letvitelszerűen tartózkodik) | |
| Telefonszám (nem kötelező adat) | |

A mindenkorin intézményi térítési díjjal azonos személyi térítési díj megfizetését az ellátást igénylő vagy a térítési díjat megfizető más személy vállalja-e (a rovat kitöltése nem inókül tényleges vállalásnak):

IGEN

NEM

Kijelentem, hogy havonta a következő rendszeres jövedelmekkel rendelkezem

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Az ellátást igénylő rendszeres (bruttó) havi jövedelme | |
| Munkaviszonyból és más foglalkoztatási viszonyból származó jövedelem | |
| Társas és egyéni vállalkozásból, östermelői, íve szellemi és más önálló tevékenységből származó jövedelem | |
| Alkalmi munkavégzésből származó jövedelem | |
| Táppénz, gyermekgondozási támogatások | |
| Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások | |
| Mennyiben az erre vonatkozó igazolás beszerzését hivatalból kéri, az ellátást folyósító szerv neve és | |
| Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások | |
| Egyéb jövedelem | |
| Rendszeres havi nettó 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 a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához.

_____, 20____. ____ hó ____ nap

Ellátott (törvényes képviselő) aláírása

| Szolgáltató/Intézmény vezető/ellátást végző/alkalmazott | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| | Havi adat | Napi adat |
| A szolgáltatást igénybevevő személy rendszeres jövedelme | | |
| Maximális terhelhetőség szociálisan rászorult személy esetében (A szolgáltatást igénybe vevő rendszeres havi jövedelmének 2 %-a) | | |

Hozzájárulok, hogy életkorom igazolására személyi igazolványomról másolatot készítsenek.

Ácske,.....

.....

Felvétel helye:

Felvétel ideje:

1. Az ellátást igénybevevő adatai:

Név

Lakcím

2. Egészségi állapotára vonatkozó gondozói vélemény:

a.) mozgásképeség

b.) érzelmi állapot

c.) segédeszköz használata

d.) szenzoros funkciók (hallás, látás, szaglás, íz-érzés)

e.) magatartás, kommunikációs készség:

f. Egyéb megjegyzések az ellátással kapcsolatban

Dátum:.....

.....
aláírás
(előgondozást végző személy neve)

Alulírott mint a jelzőrendszeres házi segítségnyújtást
nyújtó szervezet vezetője az alábbiakban megnevezett igénylőnél a szociális rászorultság
fennállását a jelzőrendszeres házi segítségnyújtásra

.....-tól-ig megállapítom.

| | |
|---------------------|--|
| Név | |
| Születési név | |
| Születési hely, idő | |
| Lakcím | |

A szociális rászorultság fennállásának megállapításához benyújtott dokumentumok
felsorolása:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dátum:.....

.....
aláírás, pecsét

B/4.) Egészségi állapot alapján jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevevő
egészségi állapotáról

1. Ellátást igénybe vevő adatai

| | |
|---------------------|--|
| Név | |
| Születési név | |
| Születési hely, idő | |
| Lakcím | |

2. Egészségi állapota alapján jelzőrendszeres házi segítségnyújtás biztosítása:

Indokolt

Nem indokolt

3. Felülvizsgálat szükséges:

Igen

Nem

Ha szükséges, a következő felülvizsgálat időpontja

Dátum:

Orvos aláírása

P.H.

NYILATKOZÁS AZ ALAPSZOLGÁLTATÁSOK IGÉNYBE VESZÉSÉRŐL

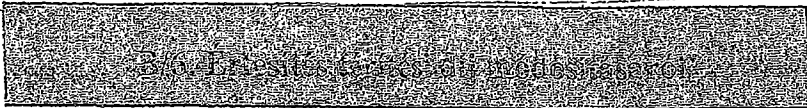
Alulírott (Ellátott vagy törvényes képviselője) nyilatkozom, hogy a Kérelem benyújtásának időpontjában más szociális alapszolgáltatást igénybe veszek / nem veszek igénybe. (megfelelő aláhúzendő)

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



Intézmény/Szolgáltató neve, szolgáltatásnyújtási hely

É R T E S Í T É S

a jelzőrendszeres házi segítségnyújtásért fizetendő személyi térítési díj változásáról

Tisztelt

Értesítem, hogy- től szolgáltatás nyújtónál a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás intézményi térítési díja a következők szerint alakul:

.....,- Ft/nap

Az önköltség összege:.....,- Ft/nap

Az önköltség és az egy ellátottra jutó állami támogatás egy ellátottra jutó különbsége:

.....,- Ft/nap

Az Ön személyi térítési díja-től az alábbiak szerint alakul:Ft/nap

A Fenntartó önkormányzati rendelete/határozata alapján, méltányosságból:

..... Ft/nap

A térítési díjat havonta utólag, egy összegben kérjük befizetni!

Kelt,

Intézményvezető/szolgálatvezető

1 példányt átvettem, az értesítésben foglaltakat elolvastam, megértettem.

Átvétel időpontja:.....

Ellátott / törvényes képviselő

ADATLAP

jelzőrendszeres házi segítségnyújtásban részesülő személyről

Jelzőrendszeres házi segítségnyújtásban részesülő személy neve:

.....

Leánykori neve:

.....

Lakcíme:

.....

Személyi igazolvány száma:

.....

TAJ- száma:

.....

Anyja neve:

.....

Születési hely, idő:

.....

Értesítendő hozzátartozó neve, címe

.....

Telefonszáma:

.....

Betegségek, egészségi állapottal kapcsolatos egyéb tudnivalók (pl. krónikus betegségek, gyógyszerérzékenység stb.):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Van-e lakásba való bejutást akadályozó tényező? Ha igen, mi az?(pl. kutya, riasztó stb)

.....

.....

.....

Bicske,.....

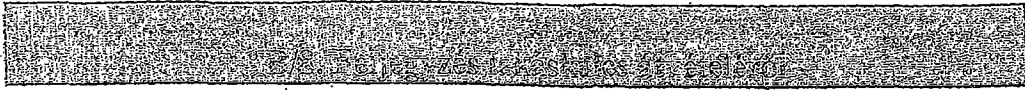
vezető gondozó

Alulírott hozzájárulok ahhoz, hogy egészségi állapotomra vonatkozó adatokat a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás biztosításához az arra illetékesek megismerjék.

Bicske,.....

.....

kérelmező



FELJEGYZÉS

Lakáskulcs átvételéről

Alulírott a nevében az alábbi lakáskulcsot vettem át:

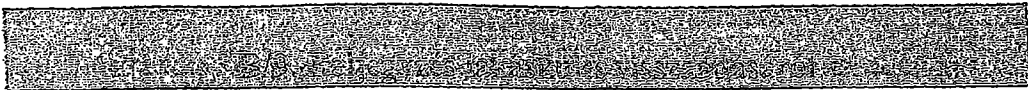
A lakáskulcs tulajdonosának neve:.....

Az átvétel időpontja:.....év.....hó.....nap

Az átvevő neve:.....

a tulajdonos aláírása

a szolgáltató képviselője



FELJEGYZÉS

Lakáskulcs visszaadásáról

Alulírott a nevében az alábbi lakáskulcsot
adtam vissza tulajdonosának:

A lakáskulcs tulajdonosának neve:.....

A visszaadás időpontja:.....év.....hó.....nap

Az átadó neve:.....

a tulajdonos aláírása

a szolgáltató képviselője

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