2. melléklet az1/2015.(II.25.) önkormányzati rendelethez

***Kérelem a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez***

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

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Az ellátást igénybe vevő adatai: |  |
| Név: |  |
| Születési neve: |  |
| Anyja neve: |  |
| Születési helye, időpontja: |  |
| Lakóhelye: |  |
| Tartózkodási helye: |  |
| Állampolgársága: |  |
| Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása: |  |
| Társadalombiztosítási Azonosító Jele: |  |
| Tartására köteles személy |  |
| *a)* neve: |  |
| *b)* lakóhelye: |  |
| Telefonszáma: |  |
| Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének) |  |
| *a)* neve: |  |
| *b)* lakóhelye: |  |
| *c)* telefonszáma: |  |
| Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma: |  |
| 2. Milyen típusú ellátás igénybevételét kéri |  |
| 2.1. alapszolgáltatás |  |
| étkeztetés | □ |
| házi segítségnyújtás | □ |
| jelzőrendszeres házi segítségnyújtás | □ |
| támogató szolgáltatás | □ |
| 2.2. nappali ellátás |  |
| idősek nappali ellátása | □ |
| fogyatékosok nappali ellátása | □ |
| demens személyek nappali ellátása | □ |
| 2.3. átmeneti ellátás |  |
| időskorúak gondozóháza | □ |
| fogyatékos személyek gondozóháza | □ |
| pszichiátriai betegek átmeneti otthona | □ |
| szenvedélybetegek átmeneti otthona | □ |
| hajléktalan személyek átmeneti szállása | □ |
| 2.4. ápolást-gondozást nyújtó intézmény |  |
| pszichiátriai betegek otthona | □ |
| fogyatékos személyek otthona | □ |
| hajléktalan személyek otthona | □ |
| szenvedélybetegek otthona | □ |
| idősek otthona | □ |
| *a)* az elhelyezést az általános szabályok szerint [nem a *b)* pontban felsorolt körülmények alapján] kéri | □ |
| *b)* az elhelyezést a gondozási szükségletet megalapozó egyéb körülmények alapján kéri | □ |
| *ba)*demencia kórkép legalább középsúlyos fokozata | □ |
| *bb)* az ellátást igénylő egyedül él, nyolcvanadik életévét betöltötte és a települési önkormányzat a gondozási szükséglete ellenére részére házi segítségnyújtást nem biztosít | □ |
| *bc)* az ellátást igénylő egyedül él, hetvenedik életévét betöltötte és lakóhelye közműves vízellátás vagy közműves villamosenergia-ellátás nélküli ingatlan | □ |
| *bd)* az ellátást igénylő egyedül él, és vakok személyi járadékában vagy hallási fogyatékosként fogyatékossági támogatásban részesül | □ |
| *be)* az ellátást igénylő egyedül él, a hallási fogyatékosságon kívüli okból fogyatékossági támogatásban részesül, és az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet (a továbbiakban: ORSZI), illetve jogelődje szakértői bizottságának szakvéleménye, szakhatósági állásfoglalása az önkiszolgálási képességének hiányát állapította meg | □ |
| *bf)* az ellátást igénylő egyedül él és I. rokkantsági csoportba tartozó rokkantsági nyugdíjban, baleseti rokkantsági nyugdíjban, illetve rokkantsági járadékban részesül | □ |
| *bg)* az ellátást igénylő egyedül él, munkaképességét 100%-ban elvesztette, illetve legalább 80%-os mértékű egészségkárosodást szenvedett és az ORSZI, illetve jogelődje szakértői bizottságának szak véleménye, szakhatósági állásfoglalása az önkiszolgálási képességének hiányát állapította meg | □ |
| 2.5. rehabilitációs intézmény |  |
| pszichiátriai betegek rehabilitációs intézménye | □ |
| szenvedélybetegek rehabilitációs intézménye | □ |
| fogyatékos személyek rehabilitációs intézménye | □ |
| hajléktalan személyek rehabilitációs intézménye | □ |
| 2.6. lakóotthon |  |
| fogyatékos személyek lakóotthona | **□** |
| ápoló-gondozó célú | **□** |
| rehabilitációs célú | **□** |
| pszichiátriai betegek lakóotthona | **□** |
| szenvedélybetegek lakóotthona | **□** |
| 3. A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételére vonatkozó adatok: |  |
| 3.1. Étkeztetés | □ |
| milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: |  |
| milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását: |  |
| az étkeztetés módja: |  |
| helyben fogyasztás | □ |
| elvitellel | □ |
| kiszállítással | □ |
| diétás étkeztetés | □ |
| 3.2. Házi segítségnyújtás | □ |
| milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: |  |
| milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását: |  |
| milyen típusú segítséget igényel: |  |
| segítség a napi tevékenységek ellátásában | □ |
| bevásárlás, gyógyszerbeszerzés | □ |
| személyes gondozás | □ |
| egyéb, éspedig ........................ | □ |
| 3.3. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevétele | □ |
| milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: |  |
| 3.4. Támogató szolgáltatás igénybevétele | □ |
| milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: |  |
| milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását: |  |
| milyen típusú segítséget igényel: |  |
| szállító szolgáltatás | □ |
| személyi segítő szolgáltatás | □ |
| 3.5. Nappali ellátás | □ |
| milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: |  |
| étkeztetést igényel-e: igen □ (normál □ diétás □) nem □ |  |
| milyen gyakorisággal kéri az étkeztetést: |  |
| egyéb szolgáltatás igénylése: |  |
| 3.6. Átmeneti elhelyezés | □ |
| milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: |  |
| milyen időtartamra kéri az elhelyezést: |  |
| milyen okból kéri az elhelyezést: |  |
| 3.7. Ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmény |  |
| milyen időtartamra kéri a szolgáltatás biztosítását: |  |
| határozott (annak ideje) ...................... | □ |
| határozatlan | □ |
| soron kívüli elhelyezést kér-e: | □ |
| ha igen, annak oka: |  |
| 3.8. Megjegyzések | |
| 3.8.1. Házi segítségnyújtás és idősek otthona igénybevételére irányuló kérelem esetén - ha az elhelyezést az általános szabályok szerint kérik - a gondozási szükséglet vizsgálata során be kell mutatni a gondozási szükséglet megítélését szolgáló, rendelkezésre álló leletek és szakvélemények másolatát. | |
| 3.8.2. Amennyiben az idősotthoni ellátást a gondozási szükségletet megalapozó egyéb körülmények alapján kérik, a 2.4. pontban megjelölt körülmények igazolásához a gondozási szükséglet vizsgálata során az alábbi dokumentumokat kell bemutatni: | |
| *ba)* alpont esetén: befogadott demencia centrum szakvéleménye, | |
| *bb)* alpont esetén: személyazonosításra alkalmas igazolvány másolata és a települési önkormányzat jegyzőjének igazolása a házi segítségnyújtás hiányáról, | |
| *bc)* alpont esetén: személyazonosításra alkalmas igazolvány másolata és a települési önkormányzat jegyzőjének igazolása a közművesítés hiányáról, | |
| *bd)* alpont esetén: személyazonosításra alkalmas igazolvány másolata és az ellátást megállapító jogerős határozat vagy az ellátás folyósítását igazoló irat másolata, | |
| *be)* és *bg)* alpont esetén: személyazonosításra alkalmas igazolvány másolata és az ORSZI, illetve jogelődje érvényes és hatályos szakvéleményének, szakhatósági állásfoglalásának másolata az önkiszolgálási képesség hiányáról, | |
| *bf)* alpont esetén: személyazonosításra alkalmas igazolvány másolata és a nyugdíjat, járadékot megállapító jogerős határozat, vagy a kérelem benyújtását megelőző havi nyugdíj-folyósítási, járadékfolyósítási csekkszelvény vagy bankszámlakivonat másolata. | |
| Dátum: Kötegyán, ……………………. |  |
| Az ellátást igénybe vevő  (törvényes képviselő) aláírása: | |