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 rokkantságinyugdíjban, 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: |