

Kérelem
a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez
(a kérelem 1 példányban töltendő ki!)

„A”

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

1. Az ellátást igénybe vevő adatai:

Név: _____
Leánykori neve: _____
Anyja neve: _____
Személyi igazolvány száma: _____
TAJ száma: _____
Születési helye, időpontja: _____
Lakóhelye: _____
Tartózkodási helye: _____
Telefonszáma: _____

Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)

a) neve: _____
b) lakóhelye: _____
c) telefonszáma: _____

2. Milyen típusú ellátás igénybevételét kéri:

- a) alapellátás (étkeztetés, házi segítségnyújtás, családsegítés, falugondnoki szolgáltatás),
- b) nappali ellátás (idősek klubja, fogyatékosok nappali intézménye, pszichiátriai betegek nappali intézménye, szenvedélybetegek nappali intézménye),
- c) átmeneti ellátás (idősek gondozóháza, fogyatékosok gondozóháza),
- d) ápolást-gondozást nyújtó intézmény (idősek otthona, pszichiátriai betegek otthona, fogyatékosok otthona, hajléktalanok otthona, szenvedélybetegek otthona),
- e) rehabilitációs intézmény (pszichiátriai betegek rehabilitációs intézménye, szenvedélybetegek rehabilitációs intézménye, fogyatékosok rehabilitációs intézménye, hajléktalanok rehabilitációs intézménye),
- f) lakóotthon (fogyatékosok lakóotthona, pszichiátriai betegek lakóotthona).

A kiválasztott intézmény:

Neve: _____
Székhelye: _____

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

3.1. Étkeztetés esetén:

milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: _____
az étkeztetés módja:
helyben fogyasztja
elvitelre
diétás étkeztetés

- 3.2. Házi segítségnyújtás esetén:
milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: _____
milyen típusú segítséget igényel:
házimunka
segítség a napi tevékenységek ellátásában
bevásárlás, gyógyszerbeszerzés
személyes gondozás
egyéb, éspedig:
- 3.3. Falugondnoki szolgáltatás esetén: _____
étkeztetés*
házi segítségnyújtás*
egyéb, éspedig:**
- 3.4. Nappali ellátás esetén:
milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: _____
étkeztetést igényel-e:
igen – nem (diétás)
egyéb szolgáltatás igénylése:
- 3.5. Átmeneti elhelyezés biztosítása esetén: _____
milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:
milyen időtartamra kéri az elhelyezést:
milyen okból kéri az elhelyezést:
- 3.6. Ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmény esetén:
milyen időtartamra kéri a szolgáltatás biztosítását:
határozott (annak ideje): _____
határozatlan
a beköltözés módja: _____
soron kívüli elhelyezést kér-e: _____
ha igen, annak oka: _____

Az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása:

* Ezeknél a szolgáltatásoknál az étkeztetésre és a házi segítségnyújtásra vonatkozó részt is ki kell tölteni.

** A települési önkormányzat rendeletében meghatározott egyéb szolgáltatás lehet.

„B”

*Egészségi állapotra vonatkozó adatok
(a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)*

1. Házi segítségnyújtás és nappali ellátás igénybevétele esetén:
 - a) önellátásra vonatkozó megállapítások (pl. önellátásra képes, részben képes, segítséggel képes stb.): _____
 - b) szenved-e krónikus betegségben: _____
 - c) szenved-e fogyatékoságban, ha igen milyen típusú és mértékű: _____
 - d) rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e: _____
 - e) gyógyszerek adagolásának ellenőrzése szükséges-e: _____
 - f) egyéb megjegyzések: _____

2. Átmeneti elhelyezést, ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmények, lakóotthon esetén:
 - a) esettörténet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan): _____

 - b) teljes diagnózis (részletes felsorolással): _____

 - c) prognózis (várható állapotváltozás): _____
 - d) ápolási-gondozási igények: _____
 - e) speciális diétára szorul-e: _____
 - f) szenvedélybetegségben szenved-e: _____
 - g) pszichiátriai megbetegedésben szenved-e: _____
 - h) szenved-e fogyatékoságban (típusa, mértéke): _____
 - i) szenvedett-e fertőző betegségben 6 hónapon belül: _____
 - j) gyógyszeresedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre: _____

 - k) a külön jogszabályban meghatározottak alapján az önellátás mértékének megállapítása: _____

3. A háziorvos javaslata az intézménybe történő elhelyezésre, illetve külön jogszabály alapján az önellátás mértékének megfelelő gondozási formára: _____

4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései: _____

Dátum: _____

Orvos aláírása:

P.H.

Jövedelemnyilatkozat

Rendszeres (bruttó) havi jövedelem:

1. Munkaviszonyból, munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyból származó jövedelem és táppénz:
2. Társas és egyéni vállalkozásból származó jövedelem:
3. Nyugellátás, baleseti nyugellátás, egyéb nyugdíjszerű jövedelem:
4. Önkormányzat által folyósított egyéb pénzbeni ellátás:
5. Egyéb jövedelem:

Összes nettó jövedelem:

Ha az ellátást igénybe vevő rendszeres havi jövedelme nem fedezi a térítési díjat, akkor:

1. Készpénzvagyonának összege:
2. Ingatlanvagyon (ingatlan helye, nagysága, értéke):
3. Tartásra kötelezett hozzátartozó(i) neve, lakóhelye:

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Budapest.....

.....
Az ellátást igénybe vevő aláírása

Nyilatkozat

Alulírott.....
(született:.....Szig.:.....)

kijelentem, hogy **jövedelemnyilatkozatot nem kívánok tenni.**

Kijelentem továbbá, hogy az intézményi ellátásom költségeiről az Otthon képviselője tájékoztatott, **az ellátáshoz szükséges jövedelemmel rendelkezem**, vállalom, hogy a mindenkori intézményi térítési díjat, telefonszámlát, gyógyszerköltséget és az esetlegesen felmerülő eseti költségeket kifizetem.

Budapest.....

.....
Az ellátást igénybe vevő aláírása