

K É R E L E M
a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez

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

1. Az ellátást igénybe vevő adatai:

Név: _____

Leánykori név: _____

Anyja neve: _____

Személyi igazolvány száma: _____

TAJ száma: _____

Születési helye, időpontja: _____

Lakóhelye: _____

Telefonszáma: _____

Tartózkodási helye: _____

Telefonszáma: _____

Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)

Neve: _____

Lakóhelye: _____

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 aláírása

A törvényes képviselő aláírása

**„B”
Egészségi állapotra vonatkozó adatok
(a házi orvos, kezelő orvos tölti ki)**

1. Házi segítségnyújtás és nappali ellátás igénybevétele esetén:

- a) önellátásra vonatkozó megállapítások: - 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 házi orvos javaslata az intézménybe történő elhelyezésre, illetve külön jogszabály alapján az önellátás mértékének megfelelő gondozási formákra: _____

A házi orvos (kezelő orvos) egyéb megjegyzései: _____

Dátum: _____

P. H.

Orvos aláírása

Jövedelemnyilatkozat**1. Személyes gondoskodást nyújtó alap-, illetve szakosított ellátás esetén:**

a) rendszeres (bruttó) havi jövedelme:

aa) munkaviszonyból, munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyból származó jövedelem és táppénz: _____

ab) társas és egyéni vállalkozásból származó jövedelem: _____

ac) nyugellátás, baleseti nyugellátás, egyéb nyugdíjszerű jövedelem: _____

ad) önkormányzat által folyósított rendszeres pénzbeli ellátás: _____

ae) egyéb jövedelem: _____

b) személyi jövedelemadó, egészségbiztosítási és nyugdíjjárulék, munkavállalói járulék összege:

ba) összes (nettó) jövedelem: _____

2. Az átmeneti, ápolást – gondozást nyújtó, rehabilitációs intézményi és lakóotthoni ellátás igénybevétele iránti kérelem esetén, továbbá:

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

aa) készpénzvagyonának összege: _____

ab) ingatlanvagyon (ingatlan fekvésének helye, nagysága, értéke): _____

ac) tartásra kötelezett hozzátartozó(i) neve, lakhelye: _____

Dátum: _____

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

Az ellátást igénybe vevő aláírása_____
A törvényes képviselő aláírása