

Kérelem
a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez

1. Az ellátást igénybevevő adatai:

Név:....., Születési név.....
Anyja neve:....., Születés helye, ideje:.....
Lakóhelye:.....
Tartózkodási helye:.....
Állampolgársága:....., TAJ száma:.....
Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása:.....
Tartásra köteles személy
 Neve:.....
 Lakóhelye:.....
 Telefonszáma:.....
Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének):
 Neve:.....
 Lakóhelye:.....
 Telefonszáma:.....
Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma:.....

2. Milyen típusú ellátás igénybevételét kéri: (az igényelt ellátást x-szel kell jelölni)

2.1 Alapszolgáltatás:

Étkeztetés ☐, házi segítségnyújtás ☐, támogató szolgáltatás ☐,
Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás ☐

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:

Idősek otthona ☐, pszichiátriai betegek otthona ☐, fogyatékos személyek otthona ☐,
hajléktalan személyek otthona ☐, szenvedélybetegek otthona ☐

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 ☐, pszichiátriai betegek lakóotthona ☐,
Szenvedélybetegek lakóotthona ☐

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

3.1 Étkezés:

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:.....

Milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását:.....

Étkezés 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 tevékenység 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:.....

Étkezést igényel-e:

Igen ☐ (normál ☐, diétás ☐)
Nem ☐

Milyen gyakorisággal kéri az étkezést:.....

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:.....

.....

.....

Vásárosdombó, év hó nap

.....
Kérelmező (törvényes képviselő) aláírása

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

1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás
És nappali ellátás igénybevétele esetén (házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi
Segítségnyújtás esetében az 1.1 pontot nem kell kitölteni):

1.1 Önellátásra vonatkozó megállapítások:

- Önellátásra képes ☐
Részben képes ☐
Segítséggel képes ☐

1.2 Szenved-e krónikus betegségben:.....

1.3 Fogyatékoság típusa (hallássérült, látássérült, mozgássérült, értelmi sérült) és mértéke:
.....

1.4 Rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e:.....

1.5 Gyógyszerek adagolásának ellenőrzése szükséges:.....

1.6 Szenvedett fertőző betegségben 6 hónapon belül:.....

1.7 Egyéb megjegyzések:.....

2. Átmeneti elhelyezést, ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmények, lakóotthon esetén:

2.1 Esettörténet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan):.....
.....

2.2 Teljes diagnózis (részletes felsorolással, BNO kóddal):.....
.....

2.3 Prognózis (várható állapotváltozás):.....

2.4 Ápolási-gondozási igények:.....

2.5 Speciális diétára szorul-e:.....

2.6 Szenvedélybetegségben szenved-e:.....

2.7 Pszichiátriai megbetegedésben szenved-e:.....

2.8 Szenved-e fogyatékoságban (típusa, mértéke):.....

2.9 Gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel
időpontjában szedett gyógyszerek köre:.....
.....

2.10 A külön jogszabályban meghatározottak alapján az önellátás mértékének megállapítása:.....
.....

3. Soron kívüli elhelyezés indokolt:.....

A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:.....
.....

Dátum:

Orvos aláírása:

P.H.

Jövedelemnyilatkozat

A személyes gondoskodást nyújtó alapszolgáltatás, illetve szakosított ellátás esetén:

1. az ellátást igénylő rendszeres (bruttó) havi jövedelme:.....

3.1 munkaviszonyból, munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyból származó jövedelem és táppénz:.....

3.2 Társas és egyéni vállalkozásból származó jövedelem:.....

3.3 Nyugellátás, baleseti nyugellátás, egyéb nyugdíjszerű jövedelem:.....

3.4 Önkormányzat által folyósított rendszeres pénzbeli ellátás:.....

Amennyiben erre vonatkozó igazolás beszerzését hivatalból kéri, az ellátást folyósító szerv neve és címe:.....

3.5 Egyéb jövedelem:.....

2. Összes (nettó) havi jövedelem:.....

3. az Szt.117.§-ának (4) bekezdése szerinti vagyona van:.....

4. Ha van tartásra kötelezett hozzátartozója, annak adatai:

Név:.....

Lakóhely:.....

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 felhasználáshoz.

Dátum:....., év hó nap

.....
Az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása: