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

|  |  |
| --- | --- |
| 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:............................................................................................... |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Tartására köteles személy**
 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *a)* neve:.............................................................................................................................................. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *b)* lakóhelye:..................................................................................................................................... |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Telefonszáma:.................................................................................................................................. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)**
 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *a)* neve:........................................................................................................................................... |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *b)* lakóhelye:.................................................................................................................................. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *c)* telefonszáma:............................................................................................................................ |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma:........................... |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Milyen típusú ellátás igénybevételét kéri**
 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 4.1. alapszolgáltatás |  |

|  |  |
| --- | --- |
| étkeztetés | □ |

|  |  |
| --- | --- |
| házi segítségnyújtás | □ |

|  |  |
| --- | --- |
| jelzőrendszeres házi segítségnyújtás | □ |

|  |  |
| --- | --- |
| támogató szolgáltatás | □ |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 ...................................................................................................................................... |  |

|  |
| --- |
| **Megjegyzések** |

|  |
| --- |
| 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. |

|  |  |
| --- | --- |
| Dátum: |  |
|  |  |
|  | ..................................................................................................... |

|  |
| --- |
|  Az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása: |

**JÖVEDELEMNYILATKOZAT**

**Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó személyes adatok:**

Név:   ……………………………………………………………………………………………………………

Születési név:   …………………………………………………………………………………………………..

Anyja neve:   ………………………………………………………………………………………………… ..

Születési hely, idő:   ……………………………………………………………………………………………

Lakóhely:    ……………………………………………………………………………………………………

Tartózkodási hely:   ……………………………………………………………………………………………

Telefonszám (nem kötelező megadni):    ………………………………………………………………………

**Az 1993. évi III. törvény 117/B. §-a szerint a mindenkori intézményi térítési díjjal azonos személyi térítési díj megfizetését az ellátást igénylő vagy a térítési díjat megfizető más személy vállalja-e** (a rovat kitöltése nem minősül tényleges vállalásnak):

 **igen** - ebben az esetben a jövedelemnyilatkozat további részét és a „III. Vagyonnyilatkozat” nyomtatványt nem kell kitölteni,

 **nem**

**Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó jövedelmi adatok:**

|  |  |
| --- | --- |
| **A jövedelem típusa** | **Nettó összege** |
| Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó |   |
| Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, szellemi és más önálló tevékenységből származó |   |
| Táppénz, gyermekgondozási támogatások |   |
| Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások |   |
| Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások |   |
| Egyéb jövedelem |   |
| **Összes jövedelem** |  |

**Kiskorú igénybe vevő eseténa családban élőkre vonatkozó (nettó) jövedelmi adatok:**

*(kizárólag kiskorú kérelmező esetén szükséges kitölteni)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A család létszáma: ................ fő** | Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó | Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, szellemi és más önálló tevékenységből származó | Táppénz, gyermek-gondozási támogatások | Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások | Nyugellátás és egyéb nyugdíj-szerű rendszeres szociális ellátások | Egyéb jövedelem |
| **Az ellátást igénybe vevő kiskorú** |   |   |   |   |   |   |
| **A közeli hozzátartozók neve, születési ideje** | **Rokoni kapcsolat** |   |   |   |   |   |   |
| 1) |  |   |   |   |   |   |   |
| 2) |  |   |   |   |   |   |   |
| 3) |  |   |   |   |   |   |   |
| 4) |  |   |   |   |   |   |   |
| 5) |  |   |   |   |   |   |   |
| **ÖSSZESEN:** |   |   |   |   |   |   |

*(szükség esetén a táblázat sorai bővíthetők)*

Kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek. A térítési díj megállapításához szükséges jövedelmet igazoló bizonylatokat egyidejűleg csatoltam. Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak az eljárás során történő felhasználásához

**20..........év......................................hó.................nap**

………………………………………….

**az ellátást igénybe vevő** **(törvényes képviselő) aláírása**

**EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS**

***(a háziorvos, kezelőorvos, vagy kórházi kezelés esetén a kórházi osztályos orvos tölti ki)***

|  |
| --- |
| Név (születési név): |
| Születési hely, idő: |
| Lakóhely: |
| Társadalombiztosítási Azonosító Jel: |
| **1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás, idősek nappali ellátása igénybevétele esetén** |
| 1.1. krónikus betegségek (kérjük, sorolja fel): |
| 1.2. fertőző betegségek (kérjük, sorolja fel): |
| 1.3. fogyatékosság (típusa és mértéke): |
| 1.4. egyéb megjegyzések, pl. speciális diéta szükségessége: |
| **2. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételére vonatkozóan igazolom**, hogy egészségi állapota alapján a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás biztosítása |
| **indokolt****nem indokolt** |
| **3. Átmeneti elhelyezés (az éjjeli menedékhely kivételével), ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmények, lakóotthon esetén** |
| 3.1. esettörténet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan): |
| 3.2. teljes diagnózis (részletes felsorolással, BNO kóddal): |
| 3.3. prognózis (várható állapotváltozás): |
| 3.4. ápolási-gondozási igények: |
| 3.5. speciális diéta: |
| 3.6. szenvedélybetegség: |
| 3.7. pszichiátriai megbetegedés: |
| 3.8. fogyatékosság (típusa, mértéke): |
| 3.9. demencia: |
| 3.10. gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges, stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek: |
| **4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:** |
| **Dátum:** | **Orvos aláírása:** | **P. H.** |

*(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)*