KÉRELEM A SZEMÉLYES GONDOSKODÁST NYÚJTÓ SZOCIÁLIS ELLÁTÁS IGÉNYBEVÉTELÉHEZ

Az ellátást igénybevevő adatai:

|  |  |
| --- | --- |
| Név: |  |
| Születési neve: |  |
| Anyja neve: |  |
| Apja neve: |  |
| Születési helye, ideje: |  |
| Lakóhelye: |  |
| Tartózkodási helye: |  |
| Állampolgársága: |  |
| Személyi igazolvány száma: |  |
| Társadalombiztosítási azonosító jel: |  |
| Közgyógyellátási igazolvány száma: |  |
| Cselekvőképesség mértéke: |  |
| Törvényes képviselő, neve,címe,tel: (gondnokrendelő határozat száma:) | ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Hozzátartozó neve, címe, telefonszáma: | ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

Intézményünk működési engedélye alapján, az alábbi szolgáltatás nyújtására jogosult:

 (kérem jelölje X-el az igényelt szociális alapellátási formát)

NAPPALI ELLÁTÁS:

Idősek Klubja ⁫

Demens személyek nappali ellátása ⁫

Étkezés igénybevételét kéri: igen / nem (aláhúzandó)

Ha igen, milyen gyakorisággal: H – K – Sz – Cs – P – Szo (aláhúzandó)

Milyen étkezést kér: Reggeli – Ebéd (aláhúzandó)

Az ellátást kérelmező és/vagy törvényes képviselője tudomásul veszi, hogy jelen kérelemben, valamint a kérelem benyújtásával egyidejűleg megadott személyes adatait, továbbá megnevezett hozzátartozója személyes adatait az intézmény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. tv. 20. §- ában részletezett, jogszabályi kötelezettségek teljesítése céljából és jogalapjával kezeli, tartja nyilván és teljesíti a jogszabály által előírt terjedelmű adatszolgáltatást.

Nevezettek tudomásul veszik, hogy a fenti adatok megadása kötelező, az ellátás igénybevétele ezen adatok hiányában vagy kérelemre történő törlése esetén nem kezdeményezhető.

A megadott személyes adatok törlésre kerülnek, ha az ellátásra vonatkozó igény a teljesítését megelőzően megszűnik, vagy a fenti tájékoztatás ellenére a megadott adataik törlését kérik.

Jelen kérelem benyújtásával egyidejűleg az Adatkezelési Tájékoztató egy példányát átvettem.

Nyíregyháza, ……… év …………………………………. hó …… nap

 ………………………………………..

 Kérelmező/ törvényes képviselő

 „1.sz”. melléklet a 9/1999.(XI.24.) SZCSM rendelethez

1. 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. 1.Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás és nappali ellátás 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 egészégi 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 felsorolás 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 :3.11. szenvedett-e fertőző betegségben 6 hónapon belül:  …………………………………………………………………………………………………………. |
| 4.A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései: |
| Dátum:  Orvos aláírása: P.H. |
| (Szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz) |

II.

JÖVEDELEMNYILATKOZAT

Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó személyes adatok:

|  |
| --- |
| NÉV:  |
| SZÜLETÉSI NÉV: |
| ANYJA NEVE: |
| SZÜLETÉSI HELY, IDŐ: |
| LAKÓHELY: |
| TARTÓZKODÁSI HELY:(itt azt a címet kell megjelölni, ahol a kérelmező életvitelszerűen tartózkodik): |
| 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 esetén a családban élőkre vonatkozó (nettó) jövedelmi adatok:**

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

**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 az eljárás során történő felhasználásához.

**Tájékoztatom, hogy az igénylő felel a jövedelem és vagyonnyilatkozatokban szereplő adatok valóságtartalmáért, azonban kétség esetén az intézményvezetőnek módja van arra, hogy a földhivatalnál betekinthessenek az érintett ingatlan tulajdoni lapjába, így a nyilatkozatok valóságtartalma szükség esetén továbbra is ellenőrizhető marad**.

 Dátum:....................................................

 ………………………………………………………………

 Az ellátást igénybevevő (törvényes képviselő)

 aláírása