

## **Kérelem 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:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési helye, időpontja:

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Állampolgársága:

Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Tartására köteles személy

a) neve:

b) lakóhelye:

Telefonszáma:

Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)

a) neve:

b) lakóhelye:

c) telefonszáma:

Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma:

### 2. Milyen típusú ellátás igénybevételét kéri

#### 2.1. alapszolgáltatás

étkeztetés

házi segítségnyújtás

jelzőrendszeres házi segítségnyújtás

támogató szolgáltatás

#### 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. Étkeztetés
- milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:
- milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását:
- az étkeztetés 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 tevékenységek 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:
- étkeztetést igényel-e: igen  (normál  diétás  ) nem
- milyen gyakorisággal kéri az étkeztetést:
- 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:

Dátum:

Az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása:

B

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 <input type="checkbox"/> részben képes <input type="checkbox"/> segítséggel képes <input type="checkbox"/>		
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:		<input type="checkbox"/>
1.6. szenvedett fertőző betegségben 6 hónapon belül:		<input type="checkbox"/>
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. gyógyszeresedés 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 elhelyezése indokolt:		
		<input type="checkbox"/>
A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:		
Dátum:	Orvos aláírása:	P. H.

## C

## Jövedelemnyilatkozat

A személyes gondoskodást nyújtó alapszolgáltatás, illetve szakosított ellátás esetén:	
1. az ellátást igénylő rendszeres (bruttó) havi jövedelme:	
1.1. munkaviszonyból, munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyból származó jövedelem és táppénz:	
1.2. társas és egyéni vállalkozásból származó jövedelem:	
1.3. nyugellátás, baleseti nyugellátás, egyéb nyugdíjszerű jövedelem:	
1.4. önkormányzat által folyósított rendszeres pénzbeli ellátás:	
Amennyiben az erre vonatkozó igazolás beszerzését hivatalból kéri, az ellátást folyósító szerv neve és címe:	
1.5. egyéb jövedelem:	
2. összes (nettó) havi jövedelem:	
3. az Szt. 117. §-ának (4) bekezdése szerinti vagyona van:	<input type="checkbox"/>
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 felhasználásához.	
Dátum:	
	Az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása: