*1. számú melléklet a 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelethez*

***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: |   |
|  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 Ház segítségnyújtás Jelzőrendszeres házi Nappali ellátás segítségnyújtás  |   |
|  2.2. átmeneti ellátás |   |
|  időskorúak gondozóháza |   |
|  |  |
|  2.3. ápolást-gondozást nyújtó intézmény |   |
|  idősek otthona |   |
|  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. Nappali ellátás |   |
|  milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: |   |
|  étkeztetést igényel-e: igen □ (normál □ diétás □) nem □ |   |
|  milyen gyakorisággal kéri az étkeztetést: |   |
|  |  |
|  3.5. Átmeneti elhelyezés |   |
|  milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: |   |
|  milyen időtartamra kéri az elhelyezést: |   |
|  |  |
|  3.6. Ápolást-gondozást nyújtó 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: |

Alulírott, mint kérelmező a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás feltételeiről a szóbeli tájékoztatást megkaptam és tudomásul vettem.

 Az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása:

*B*

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

|  |  |
| --- | --- |
| Név (születési név):........................................................................................................ |  |
| Születési hely, idő:.......................................................................................................... |  |
| Lakóhely:......................................................................................................................... |  |
| Társadalombiztosítási Azonosító Jel:.............................................................................. |  |
|  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. fogyatékosság 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. 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 diétára szorul-e: |   |
|  3.6. szenvedélybetegségben szenved-e: |   |
|  3.7. pszichiátriai megbetegedésben szenved-e: |   |
|  3.8. fogyatékosságban szenved-e (típusa, mértéke): |   |
|  3.9 idősotthoni ellátás esetén demenciában szenved-e |  |
|  3.10 gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre:1. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:

 Dátum:  Orvos aláírása: P.H. |  |
|  |  |

***C***

***1.***

***Jövedelemnyilatkozat***

Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó személyi adatok:

Neve: ............................................................................................................................................

Születési neve: .............................................................................................................................

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

Születési hely, év, hó, nap: ..........................................................................................................

Lakcím: település: ........................ utca/házszám: ................................... ir.szám: .....................

(itt azt a lakcímet 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 1-2. pontját és a „Vagyonnyilatkozat tartós bentlakásos idősotthoni ellátás kérelmezése esetén” elnevezésű űrlapot 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, illetve 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: ….............................................................................................................................. |  |
|  | Összes jövedelem:.................................................................................................................................. |  |
|  | Kiskorú igénybe vevő esetén a családban élőkre vonatkozó (nettó) jövedelmi adatok: |  |
| A család létszáma:….......................fő | Munkavi-szonyból és más foglalkoz-tatási jogvi-szonyból származó | Társas és egyéni vállalko-zásból, őstermelői illetve szellemi és más önálló tevékeny-ségből származó | Táppénz, gyermek-gondozási támogatá-sok | Önkor-mányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások | Nyugellá-tás és egyéb nyugdíj-szerű rendszeres szociális ellátások | Egyéb jövedelem |
| Az ellátást igénybe vevő kiskorú |  |  |  |  |  |  |
| Közeli hozzátar-tozók neve, születési ideje | Rokoni kapcsolat |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Összesen: |  |  |  |  |  |  |  |

*Büntetőjogi felelősségem teljes 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.*

**Dátum: ...................................**

 ***...……….................................................*** Kérelmező/törvényes képviselő aláírása