*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