

***Kérelem a személyes gondoskodást nyújtó ellátás
igénybevételéhez (9/1999./XI.24./SZCSM r.)***

1. Az ellátást igénybe vevő adatai:

Név: Születési név:
Anyja neve: Szem.ig.szám:
Születési helye: ideje:
Állampogársága: TAJ száma:
Bevándorolt, letelepedő vagy menekült jogállása:
Lakóhelye: Tel.:
Tartózkodási helye: Tel.:

(Nappali ellátás esetén azt a lakcímet vagy tartózkodási címet kell megjelölni, ahol a kérelmező életvitelszerűen tartózkodik, de ott nem rendelkezik bejelentett lakóhellyel vagy tartózkodási hellyel.)

Tartására köteles személy:

Neve: Tel.:
Lakóhelye:

Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)

Neve: Tel.:
Lakóhelye:

Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma:

2. Milyen típusú ellátás igénybevételét kéri:

- a) étkeztetés
- b) házi segítségnyújtás
- c) jelzőrendszeres házi segítségnyújtás
- d) idősek nappali ellátása
- e) fogyatékosok nappali intézménye

3. *A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételére vonatkozó adatok:*

3.1. **Étkeztetés:**

- milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:
- milyen gyakorisággal:.....
- Az étkezés **módja:** elvitelre, kiszállítással,
- IK: helyben fogyasztással

3.2. **Házi segítségnyújtás: >milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:**

Milyen gyakorisággal:.....

Szakvélemény szerinti óraszám:.....

Igényelt gondozási óra:.....

Milyen típusú segítséget igényel: >házimunka >személyes gondozás >bevásárlás,> segítség a napi tevékenység ellátásában,> gyógyszerbeszerzés >egyéb, éspedig:

.....

3.2.1. **A házi segítségnyújtást 36/2007(XII.22.) SzMM rendelet alapján kérem. Hozzájárulok gondozási szükségletem lakóhelyemen (tartózkodási helyemen) történő vizsgálatához. A gondozási szükséglet vizsgálat során be kell mutatni a gondozási szükséglet megítélését szolgáló , rendelkezésre álló leletek és szakvélemények másolatát.**

3.3. **Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás: >milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:**

3.4. **Idősek nappali ellátása: >milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:**

Milyen gyakorisággal:.....

Egyéb szolgáltatás igénylése:.....

3.5. **Fogyatékosok nappali ellátása : >milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:**

Szekszárd, 20.

.....

az ellátást igénybe vevő / törvényes képviselő

I. *

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. fogyatékoság (típusa és mértéke):

1.4. egyéb megjegyzések, pl. speciális diéta szükségessége:

2. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételeire 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. fogyatékoság (típusa, mértéke):

3.9. demencia:

3.10. gyógyszeresedés 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)

II. * JÖVEDELEMNYILATKOZAT

Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó személyes adatok:

Név:

Születési név:

Anyja neve:

Születési hely, idő:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

(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 mindenkor 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. Vagyonynyilatkozat” 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 állami foglalkoztatási szervek által folyósított ellátások	
Egyéb jövedelem	
Összes jövedelem	

Kiskorú igénybe vevő esetén a családban élőkre vonatkozó (nettó) jövedelmi adatok:

A család létszáma: fő		Munka- viszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, szellemi és más önálló tevékeny- ségből származó	Táppénz, gyermek- gondozási támogatások	Önkormányzat és állami foglalkoztatási szervek által folyósított ellátások	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások	Egyéb jöve- delem
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)

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.

Dátum:

.....

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

**Értesítés a személyes gondoskodást nyújtó szociális alapszolgáltatás
biztosításáról**

1. Név:.....
2. Születési név:.....
3. Anyja neve:.....
4. Születési hely, idő:.....
5. Lakóhely:.....
6. A -n benyújtott személyes gondoskodást nyújtó
alapszolgáltatás iránti kérelme alapján a következő ellátást
biztosítom:.....
7. Ellátás kezdő időpontja:.....
8. Ellátás időtartama(határozatlan, határozott idejű ellátás
befejezésének várható időpontja):.....
9. Fizetendő térítési díj összege:.....
10. Fizetés módja, helye, időpontja: készpénz vagy utalás:11746005-15418609
.....

Az értesítést és az intézményi költségének, ill. az intézményi térítési
díj alakulásáról a tájékoztató egy példányát átvettem:

Szekszárd, 20.....év.....hó.....nap

Szolgáltató, intézményvezető aláírása

Nyilatkozat adatkezeléshez

Alulírott,.....kijelentem, hogy a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló 1992.évi LXIII. törvény által biztosított adatkezeléshez történő jogomról, valamint a szolgáltatás igénybevételével járó adat-nyilvántartási kötelezettségről tájékoztatásban részesültem.

Aláírással hozzájárulok, hogy a SZOCIÁLIS KÖZPONT Szekszárd Mérey u.33-35 , a személyes adataimról a nyilvántartást vezesse, hivatalos megkeresés esetén azokról adatot szolgáltatson, az együttműködés során tudomására jutott különleges adataimat a mindenkor hatályos jogszabályokban előírtak szerint kezelje.

.....20.... .. hó..... nap

.....
aláírás

