

Iktatási szám:

KÉRELEM SZEMÉLYES GONDOSKODÁST NYÚJTÓ SZOCIÁLIS ELLÁTÁSOK IGÉNYBEVÉTELÉHEZ

Alapszolgáltatások igénylése esetén

1. Az ellátást igénylő adatai

Név:	Születési név:
Anyja neve:	
Születési helye, ideje:	
Lakóhelye:	
Tartózkodási helye:	
Értesítési címe:	
Telefonszáma*:	
TAJ-száma:	
Állampolgársága:	
Magyarországon tartózkodás jogcíme (nem magyar állampolgár esetén): ☐ bevándorolt ☐ letelepedett ☐ menekült ☐ hontalan ☐ EU állampolgár (az ezt igazoló dokumentum becsatolása)	

2. Cselekvőképességre vonatkozó adatok

Kérelmező cselekvőképessége: ☐ cselekvőképes ☐ részlegesen cselekvőképes ☐ cselekvőképtelen	
Törvényes képviselőjének neve:	Születési neve:
Lakó- és tartózkodási helye, vagy értesítési címe:	
Telefonszáma:	

3. Ellátást igénylő megnevezett hozzátartozójának adatai

Név:	Születési név:
Lakó- és tartózkodási helye, vagy értesítési címe:	
Telefonszáma:	

4. Igényelt ellátásra vonatkozó adatok

☐ Étkeztetés

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását?
Milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását?
Milyen módon kéri az étkeztetés biztosítását: ☐ helyben fogyasztással ☐ elvitellel ☐ kiszállítással
<i>A személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 11/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet 21. § (2) bek. alapján „Ha az étkezésben részesülő személy egészségi állapota indokolja, a szakorvos javaslatára diétás étkeztetést kell biztosítani.”</i>
Diétás étkezést igényel-e? ☐ igen ☐ nem
Amennyiben igen annak fajtája:

☐ Házi segítségnyújtás

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását?
Milyen időtartamra kéri a szolgáltatás biztosítását?
Milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását?
Milyen tevékenységben kéri a segítséget?
<i>A gondozási szükséglet, valamint az egészségügyi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól szóló 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet alapján a szolgáltatás biztosítását megelőzően vizsgálni kell kérelmező gondozási szükségletét, melyet előzetes egyeztetést követően az Gönyői Szociális Alapszolgáltatási Intézmény ezzel a feladattal megbízott munkatársai végeznek el ellátást igénylővel, annak tartózkodási helyén.</i>

☐ **Nappali ellátás**

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását?

Milyen időtartamra kéri a szolgáltatás biztosítását?

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 65/F.§ (1). bek. szerint az idősök nappali ellátását a tizennyolcadik életévüket betöltött,

☐ *egészségi állapota,*

☐ *idős kora miatt*

szociális és mentális támogatásra szoruló, önmaguk ellátására részben képes személyek vehetik igénybe.

☐ A jelen dokumentum aláírásával nyilatkozom, hogy az eljárással kapcsolatos adatkezelési tájékoztatót megismertem, az abban foglaltakat megértettem. ☐ *Igen* ☐ *Nem*

☐ Azon személyes adataimnak az eljárás során történő felhasználásához hozzájárulok, melyek megadása nem kötelező. ☐ *Igen* ☐ *Nem*

Dátum: _____

.....
Ellátást igénylő (törvényes képviselő) aláírása

A megfelelő választ a ☐-ben X-el kell jelölni!

- A kérelmező a négyzetbe elhelyezett X jellel nyilatkozik, e nyilatkozat nélkül a kérelem nem fogadható be.
- A kérelmező a négyzetbe elhelyezett X jellel nyilatkozik, e nyilatkozat nélkül a kérelem nem fogadható be, ha olyan személyes adatot ad meg (pl. telefonszám), amely megadása nem kötelező.
- „A * gal jelölt adatok megadása nem kötelező.”

„A kérelem előterjesztésekor mellékelni kell az 1. számú melléklet 1. része szerinti orvosi igazolást vagy a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás ideje alatt, illetve annak megszűnését követő 30 napon belül történő igénylésnél a kórházi zárójelentést.”

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, idősok 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 igénybevétele időpontjában szedett gyógyszerek:		
4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:		
Dátum:	Orvos aláírása:	P.H.

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 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 nem kell kitölteni,
☐ **nem**

Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó jövedelmi adatok:

A jövedelem típusa	Nettó összeg
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	

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek. A térítési díj megállapításához szükséges jövedelmet igazoló bizonylatokat –amennyiben a mindenkori intézményi térítési díjjal azonos személyi térítési díj megfizetését a fenti nyilatkozatban nem vállaltam –egyidejűleg csatoltam.

Az eljárással kapcsolatos adatkezelési tájékoztatót megismertem, az abban foglaltakat megértettem. ☐ *Igen* ☐ *Nem*

Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak az eljárás során történő felhasználásához:

☐ *Igen* ☐ *Nem*

Dátum: _____

.....

Az ellátást igénylő (törvényes képviselő) aláírása

