

KÉRELEM A SZEMÉLYES GONDOSKODÁST NYÚJTÓ SZOCIÁLIS ELLÁTÁS IGÉNYBEVÉTELÉHEZ

(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:

Telefonszáma:

Állampolgársága:

Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Tartásra köteles személy

a) neve:

b) lakóhelye:

c) telefonszáma:

d) E-mail címe:

Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)

a) neve:

b) lakóhelye:

c) telefonszáma:

d) E-mail címe:

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

az étkeztetés módja:

- milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:
milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását:
helyben fogyasztás:.....
elvitellel:
kiszállítással:.....
diétás étkeztetés:

3.2. házi segítségnyújtás

milyen típusú segítséget igényel:

- milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:
milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását:
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 típusú segítséget igényel:

- milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:
milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását:
szállító szolgáltatás:
személyi segítő szolgáltatás:

3.5. nappali ellátás.....

étkeztetést igényel-e:

- milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:
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 időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:
határozatlan (annak ideje):.....
határozatlan:
soron kívüli elhelyezést kér-e:
ha igen, annak oka:

Kelt:, év hónap nap

Az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása:

KÉRELEM A GONDOZÁSI SZÜKSÉGLET MEGÁLLAPÍTÁSÁHOZ

1. Személyes adatok:

A személyes gondoskodást igénylő neve (születési neve):

Születési helye, időpontja:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Lakcíme vagy tartózkodási helye:

Törvényes képviselőjének neve, elérhetősége:

Az ellátást igénylő egyedül él:

2. Igényelt személyes gondoskodási forma:

Házi segítségnyújtás:

Időotthoni ellátás:

Soron kívüli elhelyezés indokolt:

3. Az időotthoni ellátás igénybevételéhez szükséges gondozási szükséglet megállapítását a rendelet 4. § (1) bekezdésében meghatározott egyéb körülmény alapján kérem:

- 3.1. a demencia kórkép legalább középsúlyos fokozata
- 3.2. az ellátást igénylő egyedül él, nyolcvanadik életévét betöltötte, és a települési önkormányzat gondozási szükséglete ellenére részére házi segítségnyújtást nem biztosít
- 3.3. az ellátást igénylő egyedül él, hetvenedik életévét betöltötte, és lakóhelye közműves vízellátás vagy közműves villamosenergia-ellátás nélküli ingatlan
- 3.4. az ellátást igénylő egyedül él, és hallási fogyatékosként fogyatékosági támogatásban vagy vakok személyi járadékában részesül
- 3.5. az ellátást igénylő egyedül él, a hallási fogyatékoságon kívüli okból fogyatékosági támogatásban részesül, és az ORSZI, illetve jogelődje szakértői bizottságának szakvéleménye az önkiszolgálási képességének hiányát állapította meg
- 3.6. az ellátást igénylő egyedül él, és I. rokkantsági csoportba tartozó rokkantsági nyugdíjban, baleseti rokkantsági nyugdíjban, illetve rokkantsági járadékban részesül
- 3.7. az ellátást igénylő egyedül él, és munkaképességét 100%-ban elvesztette, illetve legalább 80%-os mértékű egészségkárosodást szenvedett, és az ORSZI, illetve jogelődje szakértői bizottságának szakvéleménye az önkiszolgálási képességének hiányát állapította meg

4. A gondozási szükséglet mértékével kapcsolatos adatok

4.1. A személyes gondoskodást igénylő ismert betegségei:

.....

.....

.....

.....

.....

4.2. A személyes gondoskodást igénylő önkiszolgálási képességét befolyásoló egyéb tényezők:

.....
.....
.....
.....
.....

4.3. A személyes gondoskodást igénylő gondozási szükségletét befolyásoló életkörülményei:

.....
.....
.....
.....
.....

4.4. Hozzájárulok a gondozási szükségletem lakóhelyemen (tartózkodási helyemen) történő vizsgálatához.

Kelt:, év hónap nap

A személyes gondoskodást igénylő (törvényes képviselő) aláírása:

5. A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 63. §-ának (4) bekezdése 68/A. §-ának (1) bekezdése alapján kérelmezem a személyes gondoskodást igénylő gondozási szükségletének vizsgálatát.

Kelt:, év hónap nap

Intézményvezető (jegyző vagy beutaló szerv vezető) aláírása:

NYILATKOZAT

Alulírott idősotthoni elhelyezést igénylő / törvényes képviselője tudomásul veszem, hogy a 340/2007. (XII.15.) Korm. rendelet 3. § (1) bekezdése szerint az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet a szükséglet felmérésre irányuló vizsgálatot - több kérelem esetén - az első helyre beadott igény alapján végzi el.

Továbbá tudomásul veszem, hogy az itt kiadott igazolás valamennyi idősek otthonában újabb vizsgálat nélkül felhasználható.

Nyilatkozom, hogy idősek otthonába történő elhelyezésre irányuló kérelmet

- más intézménybe nem nyújtottam be.....

- az alábbi intézményekbe nyújtottam be.....

intézmény neve

intézmény címe

.....
.....
.....
.....
.....

Kelt:, év hónap nap

Az elhelyezést igénylő (törvényes képviselő) aláírása:

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ ADATOK

(A házi orvos, kezelőorvos tölti ki.)

Az ellátást kérő neve:

Az ellátás típusa szerinti megfelelő rész töltendő 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:.....

önellátásra részben képes:

önellátásra segítséggel képes:

1.2. szenved-e krónikus betegségben:

1.3. fogyatékoság típusa (hallássérült, látássérült, mozgássérült, értelmi sérült) és mértéke:.....

1.4. rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges:

1.5. gyógyszerek adagolásának ellenőrzése szükséges:.....

1.6. szenvedett fertőző betegségben 6 hónapon belül:

1.7. egyéb megjegyzések:

2. Átmeneti elhelyezést, ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmények, lakóotthon esetén (időotthon esetén a 2.10. pontot nem kell kitölteni):

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 elhelyezés indokolt:

A házi orvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:

.....

Kelt:, év hónap nap

Az orvos aláírása, P. H.:.....

JÖVEDELEMNYILATKOZAT

1. Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó személyi adatok:

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési helye, időpontja:

Lakcím vagy tartózkodási hely (azt a lakcímet vagy tartózkodási címet kell megjelölni, ahol a kérelmező életvitelszerűen tartózkodik: irányítószám, település, utca, házszám):.....

Telefonszám (nem kötelező megadni):

2. A személyes gondoskodást nyújtó alapszolgáltatás, illetve szakosított ellátás esetén:

2.1. az ellátást igénylő rendszeres (bruttó) havi jövedelme:.....,- Ft

2.1.1. Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó:.....,- Ft

2.1.2. Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó:, -Ft

2.1.3. Alkalmi munkavégzésből származó:.....,-Ft

2.1.4. Táppénz, gyermekgondozási támogatások:.....,- Ft

2.1.5. Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások.....,- Ft

Amennyiben az erre vonatkozó igazolás beszerzését hivatalból kéri, az ellátást folyósító szerv neve és címe:.....

2.1.6. Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások:.....,- Ft

2.1.7. Egyéb jövedelem:, - Ft

2.2. összes (nettó) havi jövedelem:.....,- Ft

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.

Kelt:, év hónap nap

Az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása:.....

VAGYONNYILATKOZAT TARTÓS BENTLAKÁSOS IDŐSOTTHONI ELLÁTÁS KÉRELMEZÉSE ESETÉN

1. A nyilatkozó személyi adatai:

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési helye, időpontja:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

2. A nyilatkozó vagyona:

2.1. lakástulajdon és lakótelek-tulajdon

címe (irányítószám, település, utca, házsám):

.....

alapterülete: m²

tulajdoni hányad:

a szerzés ideje: év

becsült forgalmi érték:, - Ft

haszonélvezeti joggal terhelt: igen / nem

2.2. üdülőtulajdon és üdülőtelek-tulajdon

címe (irányítószám, település, utca, házsám):

.....

alapterülete: m²

tulajdoni hányad:

a szerzés ideje: év

becsült forgalmi érték:, - Ft

2.3. egyéb, nem lakás céljára szolgáló épület-(épületrész-)tulajdon

megnevezése (zártkerti építmény, műhely, üzlet, műterem,
rendelő, garázs stb.):

címe (irányítószám, település, utca, házsám):

.....

alapterülete: m²

tulajdoni hányad:

a szerzés ideje: év

becsült forgalmi érték:, - Ft

2.4. termőföldtulajdon

megnevezése:.....
címe (irányítószám, település, utca, házsám):.....
.....
alapterülete: m²
tulajdoni hányad:
a szerzés ideje:..... év
becsült forgalmi érték:,- Ft

2.5. 18 hónapon belül ingyenesen átruházott ingatlan

címe (irányítószám, település, utca, házsám):.....
.....
alapterülete: m²
tulajdoni hányad:
az átruházás ideje: év
becsült forgalmi érték:,- Ft

2.6. ingatlanhoz kötődő vagyoni értékű jog

a kapcsolódó ingatlan megnevezése:.....
.....
címe (irányítószám, település, utca, házsám):.....
.....
a vagyoni értékű jog megnevezése (haszonélvezeti , használati , földhasználati, lakáshasználati, haszonbérleti, bérleti, jelzálogjog, egyéb):
becsült forgalmi érték:,- Ft

Kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulok a nyilatkozatban szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárásban történő felhasználásához, kezeléséhez.

Kelt:, év hónap nap

A kérelmező (törvényes képviselő) aláírása: