

Kérelem átvételének időpontja:.....

Szolgáltatási Központ iktatószáma:.....

## Kérelem

### A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez

#### 1. Az ellátást igénybe vevő adatai:

Név:.....

Születési név:.....

Lakóhelye:.....

Tartózkodási helye:.....

TAJ száma:.....

NYUFIG törzsszáma:.....

#### Legközelebbi hozzátartozójának ( törvényes képviselőjének ) adatai:

a. neve: .....

b. lakóhelye: .....

c. telefonszáma: .....

**2. Milyen típusú ellátás igénybevételét kéri:**

2.1. alapellátás (étkeztetés, házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás)

2.2. nappali ellátás (idősek nappali ellátása)

2.3. átmeneti elhelyezés ( idősokorúak gondozóháza)

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

**3.1. Étkezés esetén**

- milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: .....

- milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását: .....

- az étkezés módja:  helyben fogyasztja  elvitelre  kiszállítás

**3.2. Házi segítségnyújtás esetén:**

- milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: .....

- milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását: .....

- milyen típusú segítséget igényel: segítség a napi tevékenység ellátásában  
bévásárlás, gyógyszerbeszerzés  
személyes gondozás  
egyéb: .....

**3.3. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás esetén:**

- milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: .....

- Riasztás esetén kitől kér segítséget: gondozónő hozzátartozó más személy

- Ha nem gondozónő kerül megjelölésre, a riasztás továbbítása kihez történjen?

Név: .....

Kapcsolat megnevezése: .....

Elérhetősége: .....

Címe: .....

**3.4. Nappali ellátás esetén:**

- milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: .....

- egyéb szolgáltatás igénylése: .....

**3.5. Átmeneti elhelyezés – Gondozóház - biztosítása esetén:**

milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: .....

milyen időtartamra kéri az elhelyezést:.....

milyen okból kéri az elhelyezést:.....

.....

.....

.....

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

I.

Egészségi állapotra vonatkozó igazolás

(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 (idős, fogyatékos, demens személyek részére) igénybevétele esetén**

(házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás esetén az 1.1. pontot nem kell kitölteni):

1.1. Önellátásra vonatkozó megállapítások:

Önellátásra képes  önellátásra részben képes  segítséggel képes

1.2. Szerved-e krónikus betegségben? igen  nem

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

1.4. Rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e?

1.5. Gyógyszerek adagolásának ellenőrzése szükséges-e:

1.6. Szerved-e fertőző betegségben 6 hónapon belül:

1.7. Egyéb megjegyzések.....

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. Eset történet (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. Szerved-e betegségben szenved-e:.....

3.7. Pszichiátriai megbetegedésben szenved-e:.....

3.8. Fogyatékoságban szenved-e (típusa, mértéke):.....

3.9. Időotthoni ellátás esetén demenciában szenved-e:.....

3.10. Gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama (pl: végleges, időleges stb), valamint az igénybevétele időpontjában szedett gyógyszerek köre: .....

4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:

Dátum:	Orvos aláírása:	P.H.
--------	-----------------	------

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)

II.  
**Jövedelemnyilatkozat**

**Az ellátást kérelmező személyére vonatkozó 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 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 munkaügyi szervek által folyósított ellátások	
Egyéb jövedelem	
<b>Összes jövedelem</b>	

Dátum:.....

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