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

***Kérelem a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez***

Tájékoztatjuk, hogy a fogyatékos személyek bentlakásos intézményébe történő felvétel iránti kérelemhez a személyes találkozást követően mellékelni kell az igénybe vevő személy szakorvosának, kezelőorvosának szakvéleményét. A fogyatékos személyek nappali ellátásának igénybevétele iránti kérelemhez a megállapodás megkötése előtt mellékelni kell a fogyatékosság fennállását igazoló dokumentumot, ami lehet a tanulási képességet vizsgáló szakértői és rehabilitációs bizottság, illetve az országos szakértői és rehabilitációs tevékenységet végző bizottság szakértői véleményét vagy a fogyatékosság jellege szerinti szakorvosi leletet vagy igazolás fogyatékossági támogatásban, vakok személyi járadékában, illetve magasabb összegű családi pótlékban részesülésről.

***„A”***

Az ellátást igénybe vevő adatai

Név: ….................................................................................................................................................................................................

Születési neve: …............................................................................................................................................................................

Anyja neve: …..................................................................................................................................................................................

Születési hely, idő: …....................................................................................................................................................................

Lakóhelye: …...................................................................................................................................................................................

Tartózkodási helye: ….................................................................................................................................................................

Állampolgársága: …......................................................................................................................................................................

Bevándorolt, letelepedett, menekült jogállása:………………………………………………………………………………..

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: …............................................................................................................................

Személyi igazolvány száma: …................................................................................................................................................

Közgyógyellátási igazolvány száma: …................................................................................................................................

Tartásra köteles személy neve:………………………………………………………………………………………………………………….

lakóhelye: ….....................................................................................................................................................................................

telefonszáma: …..............................................................................................................................................................................

Legközelebbi hozzátartozó (törvényes képviselő) neve:

…............................................................................................................................................................................................................

lakóhelye: …......................................................................................................................................................................................

telefonszáma: …...............................................................................................................................................................................

Az ellátást igénybevevővel egy háztartásban élők száma: ….......................................................................................

Milyen típusú ellátás igénybevételét kéri?

1. Fogyatékos személyek nappali gondozása (nappali ellátás)
2. Tartós ápolást-gondozást nyújtó intézmény – fogyatékosok otthona.

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

− soron kívüli elhelyezést kér-e: igen nem

Ha igen, annak oka: …...............................................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

…........................., 20...... év.........hó.........nap

….........................................................................

az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselőjének) aláírása

***„B”***

Egészségi állapotra vonatkozó adatok

(háziorvos, kezelőorvos tölti ki)

Esettörténet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan): ….............................................…..................................................................................................................................................... .......................................................................................................................................................................................................... ..........................................................................................................................................................................................................

Teljes diagnózis (részletes felsorolás, BNO kóddal): …..............................................................…..................................................................................................................................... ........................................................................................................................................................................................................... ...........................................................................................................................................................................................................

Prognózis (várható állapotváltozás): …..........................................................................................................................

Ápolási-gondozási igények: …....................................................................................................……………………………. ...........................................................................................................................................................................................................

Speciális diétára szorul-e: igen nem

Szenvedélybetegségben szenved -e: igen nem

Pszichiátriai megbetegedésben szenved-e: igen nem

Szenved-e fogyatékosságban: igen nem

Fogyatékosság típusa: hallás látás mozgás értelmi halmozott

Fogyatékosság mértéke: enyhe középsúlyos súlyos

Gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama, valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre: …........................................................................................................…..................................................... ...........................................................................................................................................................................................................

Soron kívüli elhelyezés indokolt: igen nem

A házi orvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései: …......................................................................…................................................................................................................................................. ...............................................................................................................................................................................................................................

......................................... Dátum: …..................................

P.H.

…..........................................

Orvos aláírása

**„C”**

Jövedelemnyilatkozat

Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó adatok:

Neve: …..............................................................................................................................................................................................................

Születési neve: …...........................................................................................................................................................................................

Anyja neve: …..................................................................................................................................................................................................

Születési hely, év, hó, nap: …....................................................................................................................................................................

Lakcím: település: ….................................utca/házszám: …...................................ir.szám: …........... (itt azt a lakcímet vagy tartózkodási helyet kell megjelölni, ahol a kérelmező életvitelszerűen tartózkodik)

Telefonszám : ….............................................................................................................................................................................................

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

1. Az ellátást igénylő rendszeres (bruttó) havi jövedelme:

…...........................................................................................................................................................................................................................

1.1. Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó:

…...........................................................................................................................................................................................................................

1.2. Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó: …...........................................................................................................................................................................................................................

1.3. Alkalmi munkavégzésből, egyszerűsített foglalkoztatásból származó:

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

1.4. Táppénz, gyermekgondozási támogatások:

…...........................................................................................................................................................................................................................

1.5. Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások:

…...........................................................................................................................................................................................................................

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

1.6. Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások:

…..........................................................................................................................................................................................................................

1.7. Egyéb jövedelem:

…...........................................................................................................................................................................................................................

2. Összes (nettó) havi jövedelem:

…...........................................................................................................................................................................................................................

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.

Dátum: …..................................................

…...........................................................

Ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása

Kérjük, ezt az adatlapot szíveskedjen elküldeni a [info@egyenloeselyekert.hu](mailto:info@egyenloeselyekert.hu) e-mail címre.