

## Kérelem a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez

### 1, Az ellátást igénybe vevő adatai:

Név: .....  
Születési név: .....  
Anyja neve: .....  
Születési hely, idő: .....  
Lakóhely: .....  
Tartózkodási hely: .....  
Állampolgársága: .....  
Bevándorolt letelepedett vagy menekült jogállása: .....  
Társadalombiztosítási Azonosító Jele:.....

### Tartására köteles személy

Név:.....  
Lakhely:.....  
Telefonszám:.....

### Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)

Név:.....  
Lakhely:.....  
Telefonszám:.....  
Az ellátást igénylővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma:.....

### 2, Milyen típusú ellátás igénybevételét kéri

#### 2.1. alapszolgáltatás

Étkeztetés

Házi segítségnyújtás

Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás

#### 2.2. nappali ellátás

Idősek nappali ellátása

#### 2.3. ápolást gondozást nyújtó intézmény

idősek otthona

a, az elhelyezést az általános szabályok szerint kéri

b, az elhelyezést a gondozási szükséglet megalapozó **egyéb körülmények alapján** kéri

a, **demencia** kórkép közepesúlyos vagy súlyos fokozata

b, az ellátást igénylő egyedül él, és

ba, **nyolcvanadik életévét betöltötte**

bb, hetvenedik életévét betöltötte és lakóhelye közműves vízellátás vagy közműves villamosenergia-ellátás nélküli ingatlan

bc, hallási fogyatékosként fogyatékosági támogatásban vagy vaakok személyi járadékában részesül, amit az ellátást megállapítható jogerős határozat vagy az ellátás folyósítását igazoló irat másolatával igazoltak,

bd, a (bc) pont szerinti eseten kívüli okból fogyatékosági támogatásban részesül és az orvos szakértői szerv, illetve jogelődje szakértői bizottságának szakvéleménye, szakhatósági állásfoglalása az önkiszolgálási képességének hiányát állapította meg, amit az érvényes és hatályos szakvélemény, szakhatósági állásfoglalás másolatával igazoltak.

Be, I. rokkantsági csoportba tartozó rokkantsági nyugdíjban, baleseti rokkantsági nyugdíjban, illetve rokkantsági járadékban részesül, amit a nyugdíját, járadékot megállapító jogerős

határozat, vagy a kérelem benyújtását megelőző havi nyugdíj-folyósítási, járadékfolyósítási csekkszelvény vagy bankszámla kivonat másolatával igazoltak, vagy  
bf, a munkaképességét 100 %-ban elvesztette, illetve legalább 80 %-os mértékű egészségkárosodást szenvedett az orvos szakértői szerv, illetve jogelődje szakértői bizottságának szakvéleménye, szakhatósági állásfoglalása az önkiszolálási képességének hányát állapította meg, amit az érvényes és hatályos szakvélemén, szakhatósági állásfoglalás másolatával igazolnak.

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

#### 3.1. Étkeztetés

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

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

az étkeztetés módja:.....

helyben fogyasztás

elvitellel

kiszállítással

diétás étkeztetés

#### 3.2. Házi segítségnyújtás

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

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

milyen típusú segítséget igényel: .....

.....

#### 3.3. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevétele

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

#### 3.4. Nappali ellátás

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

étkeztetést igényel-e:            igen            nem

milyen gyakorisággal kéri az étkeztetést:.....

egyéb szolgáltatás igénylése:.....

#### 3.5. Átmeneti elhelyezést

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

milyen időtartamra kéri az elhelyezést:.....

milyen okból kéri az elhelyezést:.....

#### 3.6. Ápolást- gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmények

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

határozott (annak ideje)..... határozatlan

oron kívüli elhelyezést kér-e:.....

ha igen, annak oka:.....

Megj.: Házi segítségnyújtás és idősök otthona igénybevételére irányuló kérelem esetén- ha az elhelyezést az általános szabályok szerint kéri – a gondozási szükséglet vizsgálata során be kell mutatni a gondozási szükséglet megítélését szolgáló, rendelkezésre álló leletek és szakvélemények másolatát.

Dátum:.....

.....  
az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása

## I. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

(a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)

Név (születési név): .....

Születési hely, idő: .....

Lakóhely: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jel: .....

<b>1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás és nappali ellátás (idős, fogyatékos, demens személyek részére) igénybevétele esetén</b> (házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás esetében az 1.1. pontot nem kell kitölteni):		
1.1. önellátásra vonatkozó megállapítások:		
önellátásra képes <input type="checkbox"/> részben képes <input type="checkbox"/> segítséggel képes <input type="checkbox"/>		
1.2. szenved-e krónikus betegségben:		
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: <input type="checkbox"/>		
1.6. szenvedett-e fertőző betegségben 6 hónapon belül: <input type="checkbox"/>		
1.7. egyéb megjegyzések:		
<b>2. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételére vonatkozóan igazolom, hogy egészségi állapota alapján a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás biztosítása</b>		
indokolt <input type="checkbox"/> nem indokolt <input type="checkbox"/>		
<b>3. Átmeneti elhelyezés (az éjjeli menedékhely kivételével), ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmények, lakóotthon esetén</b>		
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 diétára szorul-e:		
3.6. szenvedélybetegségben 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. gyógyszeresedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre:		
<b>4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:</b>		
<b>Dátum:</b>	<b>Orvos aláírása:</b>	<b>P. H.</b>

(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: .....  
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):

o **igen** - ebben az esetben a jövedelemnyilatkozat további részét és a „III. Vagyonynyilatkozat” nyomtatványt nem kell kitölteni,

o **nem**

### Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó jövedelmi adatok:

A jövedelem típusa	Nettó összeg
Munkaviszonyból és másfoglalkoztatási jogviszonyból származó	
Társas és egyéni vállalkozásból, östermelői, szellemi és más önálló tevékenységből származó	
Táppénz, gyermekgondozási támogatások	
Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások	
Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások	
Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások	
Egyébb jövedele	
<b>Összes jövedelem:</b>	

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**