Nyilvántartási szám:………………………………………….

**Kérelem**

**jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igényléséhez**

1. **Az ellátást igénylő adatai**

Név:

Születési név:

Anyja születési neve:

Születési hely:

Születési idő:

Az ellátást igénylő állampolgársága:Magyar

Bejelentett lakóhely:

Bejelentett tartózkodási hely:

Értesítési cím:

Telefonszám: e-mail cím:

TAJ szám:

1. **Amennyiben Önnek van törvényes képviselője, a törvényes képviselő:**

Név: Születési név:

Bejelentett lakóhely:

Bejelentett tartózkodási hely:

Értesítési cím:

Telefonszám: E-mail cím:

1. **Megnevezett hozzátartozó**

Név:

Születési név:

Bejelentett lakóhely:

Bejelentett tartózkodási hely:

Értesítési cím:

Telefonszám: E-mail cím:

Rokonsági fok:

1. **A kérelmező** A) cselekvőképes

 B) cselekvőképességében részlegesen korlátozott

 C) cselekvőképességében teljesen korlátozott

(Kérem, aláhúzással jelölje!)

1. **Tartási vagy öröklési szerződést kötött-e? igen nem**

Igen válasz esetén a tartást és gondozást szerződésben vállaló személy adatai:

Név: Születési név:

Bejelentett lakóhely:

Bejelentett tartózkodási hely:

Értesítési cím:

Telefonszám: E-mail cím:

1. **A jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevétele szempontjából szociális rászorultság oka:**

(Kérem, aláhúzással jelölje! Több ok is jelölhető.)

* az egyedül élő 65 év feletti személy
* az egyedül élő súlyosan fogyatékos vagy pszichiátriai beteg személy, vagy
* a kétszemélyes háztartásban élő 65 év feletti, illetve súlyosan fogyatékos vagy pszichiátriai beteg személy, ha egészségi állapota indokolja a szolgáltatás folyamatos biztosítását, kiskorú személy ebben az esetben nem vehető figyelembe;
1. **A szolgáltatás biztosításának igényelt időpontja:**

 **határozott:**

 **határozatlan**

1. **Egyéb közlendő**

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

…………………………………………………………………………………………………

**Nyilatkozat**

Alulírott kérelmező hozzájárulok az adataim elektronikus úton történő rögzítéséhez, azok nyilvántartásához.

A közölt adatok a valóságnak megfelelnek, a személyi adatok a személyi okmányokban bejegyzett adatokkal megegyeznek.

Dátum:

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

az ellátást kérelmező aláírás az ellátást kérelmező törvényes
 képviselőjének aláírása

***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 esetében az 1.1. pontot nem kell kitölteni): |
|  1.1. önellátásra vonatkozó megállapítások: |
|  önellátásra képes □ |  részben képes □ |  segítséggel képes □ |
|  1.2. szenved-e krónikus betegségben: |
|  1.3. fogyatékosság típusa (hallássérült, látássérült, mozgássérült, értelmi sérült) és mértéke: |
|  1.4. rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e: |
|  1.5. gyógyszerek adagolásának ellenőrzése szükséges-e: |
|  1.6. szenvedett-e fertőző betegségben 6 hónapon belül: |
|  1.7. egyéb megjegyzések: |
|  **2. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételére 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 diétára szorul-e: |
|  3.6. szenvedélybetegségben szenved-e: |
|  3.7. pszichiátriai megbetegedésben szenved-e: |
|  3.8. fogyatékosságban szenved-e (típusa, mértéke): |
|  3.9. idősotthoni ellátás esetén demenciában szenved-e: |
|  3.10. gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre: |
|  **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: ......................................................................................................................

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. Vagyonnyilatkozat” 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 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 egyidejűleg csatoltam. Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak az eljárás során történő felhasználásához.

**Dátum: ................................................**

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

**NYILATKOZAT**

**alapszolgáltatás igénybevételéről**

Alulírott…………………………………………….. (ellátott vagy törvényes képviselője) a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről szóló 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelet 18. § értelmében nyilatkozom, hogy a Kérelem benyújtásának, előterjesztésének időpontjában más szociális alapszolgáltatást

⃝ nem veszek igénybe

⃝ igénybe veszek

Az alábbi szociális alapszolgáltatásokat veszem igénybe (igénybe veszek válasz esetén kitöltendő)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Szolgáltatás típusa** | **Szolgáltató neve, címe** | **Igénybevétel kezdete** |
| étkeztetés |  |  |
| házi segítségnyújtás |  |  |
| jelzőrendszeres házi segítségnyújtás |  |  |
| közösségi pszichiátriai ellátás |  |  |
| szenvedélybetegek közösségi ellátása |  |  |
| támogató szolgáltatás |  |  |
| nappali ellátás |  |  |

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Kelt:……………,………………………………

……………………………………………………………………

 ellátott/törvényes képviselő/