

# Kérelem a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez

**Az ellátást igénybe vevő adatai**

Név:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési helye, ideje:

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Telefonos elérhetőség:

Állampolgársága:

Cselekvőképessége:

Társadalombiztosítási Azonosító Jel:

**Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)**

1. neve.
2. lakóhelye.
3. telefonszáma:

**A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételére vonatkozó adatok**

|  |
| --- |
| Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:………………………………… |
|  |
| Dátum: 20  …………………………………………………  Az ellátást igénybevevő (törvényes képviselő) aláírása |
|  |

***1. számú melléklet a 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelethez***[***\****](https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99900009.SCM#lbj71idc89d)

***I.***[***\****](https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99900009.SCM#lbj72idc89d)***EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS***

***(a háziorvos, kezelőorvos, vagy kórházi kezelés esetén a kórházi osztályos orvos tölti ki)***

Név (születési név):

Születési hely, idő:

Lakóhely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jel:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1.**[**\***](https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99900009.SCM#lbj73idc89d)**Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás, idősek nappali ellátása igénybevétele esetén** | | |  |
| 1.1. krónikus betegségek (kérjük, sorolja fel): | | |  |
| 1.2. fertőző betegségek (kérjük, sorolja fel): | | |  |
| 1.3. fogyatékosság (típusa és mértéke): | | |  |
| 1.4. egyéb megjegyzések, pl. speciális diéta szükségessége: | | |  |
| **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 diéta: | | |  |
| 3.6. szenvedélybetegség: | | |  |
| 3.7. pszichiátriai megbetegedés: | | |  |
| 3.8. fogyatékosság (típusa, mértéke): | | |  |
| 3.9. demencia: | | |  |
| 3.10. gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek: | | |  |
| **4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:** | | |  |
| **Dátum:** | **Orvos aláírása:** | **P. H.** |  |
| *(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)* | | |  |

***II.***[***\****](https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99900009.SCM#lbj74idc89d)***JÖVEDELEMNYILATKOZAT***

**Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó személyes 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. 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** |  |

**Kiskorú igénybe vevő esetén a családban élőkre vonatkozó (nettó) jövedelmi adatok:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A család létszáma: .................... fő** | | Munka-  viszonyból  és más  foglalkoztatási  jogviszonyból  származó | Társas és  egyéni  vállalkozásból, őstermelői,  szellemi és  más önálló tevékenységből  származó | Táppénz,  gyermek-  gondozási  támogatások | Önkormányzat és állami foglalkoztatási szervek által folyósított ellátások | Nyugellátás  és egyéb  nyugdíjszerű  rendszeres  szociális  ellátások | Egyéb  jövedelem |
| **Az ellátást igénybe vevő kiskorú** | |  |  |  |  |  |  |
| **A közeli hozzátartozók neve, születési ideje** | **Rokoni  kapcsolat** |  |  |  |  |  |  |
| 1) |  |  |  |  |  |  |  |
| 2) |  |  |  |  |  |  |  |
| 3) |  |  |  |  |  |  |  |
| 4) |  |  |  |  |  |  |  |
| 5) |  |  |  |  |  |  |  |
| **ÖSSZESEN:** | |  |  |  |  |  |  |

**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**