

Ezüstjuhar Szociális Központ Ezüstjuhar Nyugdíjsház

: 7432 Hetes, Vikár B. u. 74/c.

: 82/485-956

@: ezustjuhar.haz@kapos-net.hu

Kérelem a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez

1. Az ellátást igénybe vevő adatai:

Név:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési helye, időpontja:

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Állampolgársága:

Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Tartására köteles személy

a) neve:

b) lakóhelye:

Telefonszáma:

Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)

a) neve:

b) lakóhelye:

c) telefonszáma:

Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma:

2. Milyen típusú ellátás igénybevételét kéri

2.4. ápolást-gondozást nyújtó intézmény

idősek otthona

a) az elhelyezést az általános szabályok szerint [nem a b) pontban felsorolt körülmények alapján] kéri

b) az elhelyezést a gondozási szükségletet megalapozó egyéb körülmények alapján kéri

ba) demencia kórkép legalább középsúlyos fokozata

bb) az ellátást igénylő egyedül él, nyolcvanadik életévét betöltötte és a települési önkormányzat a gondozási szükséglete ellenére részére házi segítségnyújtást nem biztosít

bc) az ellátást igénylő egyedül él, hetvenedik életévét betöltötte és lakóhelye közműves vízellátás vagy közműves villamosenergia-ellátás nélküli ingatlan

bd) az ellátást igénylő egyedül él, és vakok személyi járadékában vagy hallási

fogyatékosként fogyatékosági támogatásban részesül

be) az ellátást igénylő egyedül él, a hallási fogyatékoságon kívüli okból
fogyatékosági támogatásban részesül, és az Országos Rehabilitációs és
Szociális Szakértői Intézet (a továbbiakban: ORSZI), illetve jogelődje szakértői
bizottságának szakvéleménye, szakhatósági állásfoglalása az önkiszolgálási
képességének hiányát állapította meg

bf) az ellátást igénylő egyedül él és I. rokkantsági csoportba tartozó rokkantsági
nyugdíjban, baleseti rokkantsági nyugdíjban, illetve rokkantsági járadékban
részesül

bg) az ellátást igénylő egyedül él, munkaképességét 100%-ban elvesztette,
illetve legalább 80%-os mértékű egészségkárosodást szenvedett és az ORSZI,
illetve jogelődje szakértői bizottságának szakvéleménye, szakhatósági
állásfoglalása az önkiszolgálási képességének hiányát állapította meg

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

3.7. Ápolást-gondozást nyújtó intézmény

milyen időtartamra kéri a szolgáltatás biztosítását:

határozott (annak ideje)

határozatlan

oron kívüli elhelyezést kér-e:

ha igen, annak oka:

3.8. Megjegyzések

3.8.1. Idősek otthona igénybevételére irányuló kérelem esetén - ha az elhelyezést az általános
szabályok szerint kérik - a gondozási szükséglet vizsgálata során be kell mutatni a gondozási
szükséglet megítélését szolgáló, rendelkezésre álló leletek és szakvélemények másolatát.

3.8.2. Amennyiben az idősothoni ellátást a gondozási szükségletet megalapozó egyéb
körülmények alapján kérik, a 2.4. pontban megjelölt körülmények igazolásához a gondozási
szükséglet vizsgálata során az alábbi dokumentumokat kell bemutatni:

ba) alpont esetén: az ORSZI vagy a Pszichiátriai, illetve Neurológiai Szakkollégium által
befogadott demencia centrum szakvéleménye,

bb) alpont esetén: személyazonosításra alkalmas igazolvány másolata és a települési
önkormányzat jegyzőjének igazolása a házi segítségnyújtás hiányáról,

bc) alpont esetén: személyazonosításra alkalmas igazolvány másolata és a települési
önkormányzat jegyzőjének igazolása a közművesítés hiányáról,

bd) alpont esetén: személyazonosításra alkalmas igazolvány másolata és az ellátást
megállapító jogerős határozat vagy az ellátás folyósítását igazoló irat másolata,

be) és bg) alpont esetén: személyazonosításra alkalmas igazolvány másolata és az ORSZI,
illetve jogelődje érvényes és hatályos szakvéleményének, szakhatósági állásfoglalásának
másolata az önkiszolgálási képesség hiányáról,

bf) alpont esetén: személyazonosításra alkalmas igazolvány másolata és a nyugdíjat,
járadékot megállapító jogerős határozat, vagy a kérelem benyújtását megelőző havi nyugdíj-
folyósítási, járadékfolyósítási csekkszelvény vagy bankszámlakivonat másolata.

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 <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:		
2. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételére vonatkozóan igazolom, hogy egészségi állapota alapján a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás biztosítása		
indokolt <input type="checkbox"/> nem indokolt <input type="checkbox"/>		
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. 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:		
4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:		
Dátum:	Orvos aláírása:	P. H.

II. JÖVEDELEMNYILATKOZAT

Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó személyes adatok:

Név:

Szüleési név:

Anyja neve:

Szüleési hely, idő:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

(itt ad 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

Összes jövedelem

III. VAGYONNYILATKOZAT

(tartós bentlakásos intézményi ellátás kérelmezése esetén kell kitölteni)

1. A nyilatkozóra 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):

A nyilatkozó vagyona:

2. Pénzvagyon

1. A nyilatkozó rendelkezésére álló készpénz összege:
..... Ft

2. Bankszámlán/fizetési számlán rendelkezésre álló összeg, ideértve a bankszámlán/fizetési számlán leköötött betéteket és a betétszerződés alapján rendelkezésre álló összeget is:
..... Ft

A számlavezető pénzüintézet neve, címe:
.....

3. Takarékbetét-szerződés alapján rendelkezésre álló összeg:
..... Ft

A betétszámlát vezető pénzüintézet neve, címe:
.....

3. Ingatlanvagyon

1. Lakástulajdon és lakótelek-tulajdon címe:
..... helyrajzi száma:, a lakás

alapterülete: m², a telek alapterülete: m², tulajdoni hányad:, a szerzés ideje: év

Becsült forgalmi érték: Ft

Haszonélvezeti joggal terhelt: igen/nem (a megfelelő aláhúzendó)

2. Üdültulajdon és üdülőtelek-tulajdon címe:
..... helyrajzi száma:, az üdülő

alapterülete: m², a telek alapterülete: m², tulajdoni hányad:, a szerzés ideje: év

Becsült forgalmi érték: Ft

3. Egyéb, nem lakás céljára szolgáló épület-(épületrész-)tulajdon megnevezése (zártkerti építmény, műhely, üzlet, műterem, rendelő, garázs stb.):
..... címe:

helyrajzi száma:, alapterülete: m², tulajdoni hányad:, a szerzés ideje: év

Becsült forgalmi érték: Ft

4. Termőföldtulajdon megnevezése: címe:

helyrajzi száma:, alapterülete: m², tulajdoni hányad:, a szerzés ideje: év

Becsült forgalmi érték: Ft

5. 18 hónapon belül ingyenesen átruházott ingatlan címe

helyrajzi száma:, alapterülete m², tulajdoni hányad, az átruházás ideje év

Becsült forgalmi érték: Ft

6. Ingatlanhoz kötődő vagyoni értékű jog:

A kapcsolódó ingatlan megnevezése

címe: helyrajzi száma:

A vagyoni értékű jog megnevezése: hasznélvezeti , használati , földhasználati , lakáshasználati , haszonbérleti , bérleti , jelzálogjog , egyéb .

Ingatlan becsült forgalmi értéke: Ft

Kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulok a nyilatkozatban szereplő adatoknak az eljárásban történő felhasználásához, kezeléséhez.

Dátum:

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

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