



Kérelem az ápolást-gondozást nyújtó intézményi ellátás igénybevételéhez

1. Az ellátást igénybe vevő adatai:

Családi és utóneve:.....
Születési családi és utóneve neve:.....
Anyja családi és utóneve neve:.....
Születési helye, időpontja:.....
Lakóhelye:.....
Tartózkodási helye:.....
Elérhetősége:.....
Állampolgársága:.....
Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása:.....
Társadalombiztosítási Azonosító Jele:.....
Cselekvőképessége (korlátozott, kizáró):.....

Törvényes képviselőjének: (korlátozó, vagy kizáró gondnokság esetén)

a, neve:.....
b, lakóhelye:.....
c, telefonszáma:.....

Legközelebbi hozzátartozójának:

a, neve:.....
b, lakóhelye:.....
c, telefonszáma:.....

2. Ellátást igénybe vevő szociális körülményei:

családi helyzete:.....
családi állapota:.....
iskolai végzettsége:.....
vallási hovatartozása:.....
lakáskörülményeire vonatkozó adatok
a, lakás tulajdoni jellege:.....
b, lakókörnyezet minősége (hány szoba, konyha, komfortsági fokozata...):.....
.....
c, lakás állapota:.....

3.Ápolást-gondozást nyújtó intézményen belül, milyen típusú ellátást igényel:

a.) fogyatékos személyek otthona:

b) idősek otthona:

– az elhelyezést a gondozási szükségletet megalapozó egyéb körülmény alapján kéri:

a) a demencia kórkép legalább középsúlyos fokozata, amelyet az orvosszakértői szerv vagy a Pszichiátriai, illetve Neurológiai Szakkollégium által befogadott demencia centrum vagy pszichiáter, neurológus, geriáter szakorvos szakvéleményével igazoltak;

b) az ellátást igénylő egyedül él, és

ba) nyolcvanadik életévét betöltötte, vagy

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

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

bd) a bc) pont szerinti eseten kívüli okból fogyatékosági támogatásban részesül és az orvosszakértői 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 bankszámlakivonat másolatával igazoltak, vagy

bf) munkaképességét 100%-ban elvesztette, illetve legalább 80%-os mértékű egészségkárosodást szenvedett és az orvosszakértői szerv, illetve jogelődje szakértői bizottságának szakvéleménye, szakhatósági állásfoglalása az önkiszolgálási képességének hiányát állapította meg, amit az érvényes és hatályos szakvélemény, szakhatósági állásfoglalás másolatával igazoltak.

Az ellátást milyen időtartamra kéri:

a) határozott (annak ideje)

b) határozatlan

Soron kívüli elhelyezést kér-e:.....

ha igen, annak oka:.....

Kijelentem , hogy az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény által biztosított adatkezeléshez történő hozzájárulási jogomról, illetve az igénybevétellel járó adat-nyilvántartási kötelezettségről tájékoztattak.

Hozzájárulok, hogy az intézmény személyes adataimról nyilvántartást vezessen, azokat 226/2006. (XI.20.) Korm. rendeletben szabályozott országos igénybevevői nyilvántartásban rögzítse.

Dátum:.....

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

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

I. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

(a házi orvos, kezelő orvos tölti ki)

I. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

(a házi orvos, kezelő orvos 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. fogyatékoság 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. fogyatékoságban szenved-e (típusa, mértéke):

3.9. idősotthoni ellátás esetén demenciában szenved-e:

3.10. gyógyszeresedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre:

4. A házi orvos (kezelő orvos) egyéb megjegyzései:

Dátum:

Orvos aláírása:

P. H.

(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:

(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. 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

(szükség esetén a táblázat sorai bővíthetők)

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

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. Pénzvagyron

1. A nyilatkozó rendelkezésére álló készpénz összege: Ft

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

A számlavezető pénzintézet neve, címe:

3. Takarékbetét-szerződés alapján rendelkezésre álló összeg: Ft

A betétszámlát vezető pénzintézet neve, címe:

Rehabilitációs intézmény és rehabilitációs célú lakóotthon esetén a „3. Ingatlanvagyon” pontot nem kell kitölteni!

3. Ingatlanvagyon

1. Lakástulajdon és lakótelek-tulajdon címe: helyrajzi száma:
....., a lakás alapterülete: m², a telek alapterülete: m², tulajdoni hányad:
..... év

Becsült forgalmi érték: Ft

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

2. Üdültulajdon és üdülőtelek-tulajdon címe: helyrajzi száma:
....., az üdülő alapterülete: m², a telek alapterülete: m², tulajdoni hányad:
..... 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: haszonélvezeti , 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**

Megjegyzés:

Ha a nyilatkozó vagy kiskorú igénybe vevő esetén családtagja bármely vagyontárgyból egynél többel rendelkezik, akkor a vagyonyilatkozat megfelelő pontját a vagyontárgyak számával egyezően kell kitölteni. Amennyiben a vagyonyilatkozatban feltüntetett vagyon nem a Magyar Köztársaság területén van, a forgalmi értéket a vagyon helye szerinti állam hivatalos pénznemében is fel kell tüntetni.