

**Kornisné Liptay Elza Szociális és Gyermejjóléti Központ**

4440 Tiszavasvári, Vasvári Pál u. 87.

Tel.: +36/42-520-002

E-mail: szeszk@gmail.com Adószám: 15815154-2-15



Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás  
Telephely:  
4440 Tiszavasvári, Vasvári Pál utca 6.

## K É R E L E M

1. Az ellátást igénybe vevő adatai:

Családi és utóneve \_\_\_\_\_

Születési családi és utóneve: \_\_\_\_\_

Anyja születési családi és utóneve: \_\_\_\_\_

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. Szolgáltatás típusa:

◆ **Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás**

3. Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: 20\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_. hó \_\_\_\_ nap

Dátum: 20\_\_\_\_ év \_\_\_\_ hó \_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő)  
aláírása



6. sz. melléklet az 1/2017. (II.14.) EMMI rendelethez

I.

**EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS**

(a házi orvos, kezelő orvos, vagy kórházi kezelés esetén a kórházi osztályos orvos tölti ki)

Név (születési név): .....

Születési hely, idő: .....

Lakóhely: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jel: .....

1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás igénybevétele esetén		
1.1. krónikus betegségek (kérjük sorolja fel):		
1.2. fertőző betegségek (kérjük sorolja fel):		
1.3. fogyatékoság (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 <input type="checkbox"/> nem indokolt <input type="checkbox"/>		
3. Átmeneti elhelyezés (az éjjeli menedékhely kivételével), ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmények, lakóotthonok 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. fogyatékosága (típusa, mértéke):		
3.9. demencia:		
3.10. gyógyszeresedés, gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges, stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek:		
4. A házi orvos (kezelő orvos) egyéb megjegyzései:		
Dátum:	Orvos aláírása:	P.H.

(szükség esetén külön melléklet csatolandó az igazoláshoz)”

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 9. §-a szerint a szociális ellátásban részesülő a jogosultság feltételeit érintő lényeges tények, körülmények megváltozásáról 15 napon belül köteles értesíteni az ellátást megállapító szervet.



NYILATKOZAT  
alapszolgáltatás igénybevételéről

Alulírott..... (alapszolgáltatást igénylő személy vagy törvényes képviselője) a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről szóló 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelet 18. § (1)-(2) bekezdés értelmében nyilatkozom, hogy kérelmezés időpontjában más szolgáltatónál, intézménynél valamilyen alapszolgáltatást

*A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről szóló 9/199. (XI.24.) SzCsM rendelet 18. § (2) bekezdés értelmében nem kell nyilatkozni a népkonyha, a családsegítés, az utcai szociális munka, a nappali melegedő, a falugondnoki és tanyagondnoki szolgáltatás, valamint a szenvedélybetegek részére nyújtott alacsonyküszöbű ellátás igénylésekor, valamint más alapszolgáltatás igénylése esetén ezen szolgáltatások igénybevételéről.*

nem veszek igénybe / igénybe veszek. (megfelelő aláhúzendő)

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		
idősek nappali ellátása		
demens nappali ellátás		
fogyatékos személyek nappali ellátása		
pszichiátriai betegek nappali ellátása		
szenvedélybetegek nappali ellátása		

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

Kelt: .....

.....  
alapszolgáltatást igénylő személy/törvényes  
képviselő



## NYILATKOZAT KÉSZÜLÉK VISSZAADÁSÁRÓL

Alulírott....., .....

szám alatti lakos a jelzőrendszeres házi segítségnyújtást lemondom, a készüléket  
visszaszolgáltatom a/az.....munkatársa részére.

.....  
A készüléket átadta

.....  
Átvette

Dátum:.....



## Nyilatkozat \_\_\_\_\_ típusú jelzőkészülék használatáról

Alulírott.....,  
.....szám alatti lakos kijelentem,  
hogy a mai naptól határozatlan időre igénybe veszem a Kornisné Központ tulajdonát képező  
...../ .....típusú/számú távriasztó készüléket, azt rendeltetésszerűen használok,  
és a használati utasításokat betartom.

A készülék meghibásodását köteles vagyok azonnal jelteni a gondozónak, illetve az intézménynek. A karbantartás, a szervizelés a Kornisné Központ feladata, ezért a javítást csak a bérbeadó által megbízott szakember végezheti. Amennyiben a készüléket nem rendeltetésszerűen használok, illetve illetéktelen személy a készüléket megrongálja, az ebből származó károkat és költségeket köteles vagyok megtéríteni.

Az ellátásba vétel feltételeit vállalom, és beleegyezek, hogy személyes adataim felhasználhatóak, elérhetőek legyenek az illetékes személyek részére.

Amennyiben a lakásba jutás valamilyen okból akadályozott lenne, felhatalmazom a gondozót, hogy hozzátartozómat értesítse. Ha a hozzátartozóm engedélyt ad, vagy nem érhető el, hozzájárulok, hogy lakásom ajtaját (bejárati) feltörjék.

Ha a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás szolgáltatása megszűnik, a készüléket kötelességem visszaszolgáltatni a bérbeadónak.

Dátum: .....

.....  
aláírás



## KULCS ÁTADÁS – ÁTVÉTELI – VISSZAADÁSI JEGYZŐKÖNYV

1.

Név:.....

Lakcím:.....(város)

.....( utca).....(hászám).....(emelet, ajtó).

2. Az ellátott lakóhelye:

tulajdonában                       birtokában                       használatában van.

3. A lakóhely megközelítéséhez szükséges .....db kulcsot a jelzőrendszeres házi segítségnyújtásban részesülő a mai napon átadja

.....-nek.

Az átadott kulcsok:

kapukulcs                       egyéb .....

4. A kulcs biztonságos tárolásának, használatának felelőssége

.....jelzőrendszeres házi gondozót terheli.

Dátum:.....

\_\_\_\_\_  
Ellátott aláírása

\_\_\_\_\_  
Átvevő aláírása

Az ellátás bármely okból történő megszűnése esetén a jelzőrendszeres házigondozó az átvett kulcsot/kulcsokat az ellátottnak, illetve annak hozzátartozójának

Név:.....

Lakcím:..... visszaadja, amit az ellátott, illetve hozzátartozó az aláírásával igazol.

A Kornisné Központnak átadott kulcsot/kulcsokat (..... db-ot) a szolgáltató a mai napon visszaadta.

Dátum:.....

\_\_\_\_\_  
Ellátott -/hozzátartozós aláírása

\_\_\_\_\_  
Átadó



## NYILATKOZAT

Alulírott

Név:.....

Lakcím:.....

nyilatkozom, hogy

egyedül élek

házastárssal élek

Kelt: .....

.....  
aláírás



## MEGÁLLAPODÁS

Ügyiratszám: JHS-\_\_\_\_\_

Mely létrejött egyrészről:

Intézmény megnevezése : *Kornisné Liptay Elza Szociális és Gyermejjóléti Központ*

Biztosított ellátás: Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás

Az intézmény székhelye: *Tiszavasvári, Vasvári Pál út 87.*

Telephely: *Tiszavasvári, Vasvári Pál utca 6.*

Képviseli: a mindenkori intézményvezető.

Az intézményt fenntartó megnevezése: Tiszavasvári Város Önkormányzata

Az intézményt fenntartó címe: 4440 Tiszavasvári, Városháza tér 4. , mint ellátást nyújtó,

Másrészről:

*Az ellátást igénybe vevő:*

Családi és utóneve: \_\_\_\_\_

Születési családi és utóneve: \_\_\_\_\_

Lakcíme: \_\_\_\_\_

Anyja születési családi és utóneve: \_\_\_\_\_

Születési hely: \_\_\_\_\_

Születési idő: \_\_\_\_\_

TAJ száma: \_\_\_\_\_

Szociálisan rászorult

Szociálisan nem rászorult

(megfelelő rész aláhúzendó)

között a mai napon, az alábbi feltételek szerint:





I. A szerződés tárgya:

A szociális intézmény a vonatkozó jogszabályokban (1993. évi III. törvényben, 1/2000. (I.7) SzCsM rendeletben) és jelen megállapodásban szabályozott módon biztosítja a jelzőrendszeres házi segítségnyújtást, az ellátást igénybevevő részére.

Az ellátást nyújtó intézmény a szociális ellátást..... napjától kezdődően

határozott / határozatlan időtartamra biztosítja.

Az igénybevétel ideje: napszaktól függetlenül folyamatos.

II. Szolgáltatások és fizetési kötelezettség

1.) *Felek tájékoztatási kötelezettsége:*

Ezen megállapodás megkötésével egyidejűleg az intézmény vezetője tájékoztatta a kérelmezőt

- a./ a szociális ellátás tartalmáról és feltételeiről
- b./ az intézmény által vezetett, az ellátást igénybevevőt érintő nyilvántartásokról
- c./ a jogviszony létesítéséhez szükséges okiratokról.

2.) *Jogosult nyilatkozik:*

- a./ a tájékoztatásban foglaltakat tudomásul vette, és azt tiszteletben tartja
- b./ arról, hogy a szociális ellátásra való jogosultság feltételeiben és azonosító adataiban beállt változásokról,
- c./ minden olyan körülményről, amely az intézményi jogviszony létesítését, fenntartását, illetve megszüntetését befolyásolhatja, vagy azt más okból fontosnak tartja, haladéktalanul tájékoztatni fogja az intézmény vezetőjét.

3.) *Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás módja, formája és gyakorisága:*

A jelzőrendszeres házi segítségnyújtás folyamatos készenléti rendszerben működik. Segítségkérés esetén az ügyeletes gondozónő megjelenik a gondozottnál, a fennálló problémát megoldja, vagy további segítséget kér a segítségkérés okául szolgáló krízishelyzet elhárításához.

4.) *Térítési díj:*

A jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevétele rászorultság fennállása esetén térítésmentes.

5.) *Az intézményi jogviszony megszűnése:*

5./1. Az ellátásra jogosult intézményi jogviszonya megszűnik:

- a.) az intézmény jogutód nélküli megszűnésével



b.) a jogosult halálával

c.) határozott idejű ellátás esetén a megjelölt időtartam lejártával.

Az intézményvezető a jogviszonyt megszünteti:

A jogosult, illetve törvényes képviselője kezdeményezése alapján – a megszüntetésére vonatkozó bejelentést követően – a felek megegyezésének időpontjában.

Ha a szolgáltatást nyújtó által kezdeményezett megszüntetéssel a jogosult, illetve törvényes képviselője nem ért egyet, az, úgy a megszüntetésről szóló értesítés kézhezvételétől számított 8 napon belül a szolgáltatást nyújtó fenntartójához fordulhat. Ebben az esetben ellátás változatlan feltételek mellett mindaddig biztosításra kerül, amíg a fenntartó, illetve a bíróság jogerős és végrehajtható határozatot nem hoz.

5./2. Az intézményi jogviszony megszűnésekor a felek egymással elszámolnak, mely ügylet kiterjed a fizetendő személyi térítési díjakra, ezek esetleges hátralékaira.

#### 6.) Panaszok kezelése

Az ellátást igénybe vevő/törvényes képviselője panaszával a szolgáltató intézmény vezetőjéhez fordulhat. A panaszt az intézmény vezetője kivizsgálja, melynek eredményéről 15 napon belül írásban tájékoztatja a panaszost. Amennyiben a panaszos az intézmény vezetőjének a vizsgálat eredményével vagy a megtett intézkedéssel nem ért egyet, úgy a feladatellátóhoz, mint fenntartóhoz fordulhat.

Az ellátottak részére, jogaik gyakorlásában az ellátottjogi képviselő nyújthat segítséget

*Ellátottjogi képviselő neve:*

Lőwné Szarka Judit

06/20/489-9557

Fogadóóra helye, időpontja:

Minden hónap 2. szerda: 09.00 – 12.00 óráig

4440 Tiszavasvári, Vasvári Pál út 87.

*Befejező rendelkezések:*

7.) A szerződés módosítása csak mindkét fél ( fenntartó, illetve intézményvezető, és az ellátást igénybevevő ) közös megegyezése alapján kerülhet sor.

8.) A szociális intézmény – tekintettel arra, hogy emberileg belátható időre szóló kötelezettséget tartalmaz – kijelenti, hogy előre nem látható rendkívüli helyzetekben is minden elvárhatót megtesz, hogy az e szerződésből következő kötelezettségeit a lehető legjobban teljesítse.

A megállapodást aláíró felek kijelentik, hogy vitás kérdéseiket elsődlegesen tárgyalás útján kívánja rendezni.

8.) Jelen megállapodásban nem szabályozott kérdésekben a Polgári Törvénykönyv, továbbá az ide vonatkozó mindenkori jogszabályok rendelkezései az irányadóak.

9.) Nyilatkozat adatkezeléshez:

Az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény által biztosított adatkezeléshez történő hozzájárulási jogomról, valamint a szolgáltatás igénybevételével járó adat-nyilvántartási kötelezettségről tájékoztatásban részesültem.

**Kornisné Liptay Elza Szociális és Gyermejjóléti Központ**

4440 Tiszavasvári, Vasvári Pál u. 87.

Tel.: +36/42-520-002

E-mail: szeszk@gmail.com Adószám: 15815154-2-15



Hozzájárulok, hogy a Kornisné Liptay Elza Szociális és Gyermejjóléti Központ Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás alapszolgáltatása a személyes adataimról nyilvántartást vezessen, azokat a többször módosított 226/2006. (XI. 20.) Korm. rendeletben szabályozott országos igénybevevői nyilvántartásban rögzítse, valamint hivatalos megkeresés esetén azokról adatot szolgáltatson, az együttműködés során tudomására jutott különleges adataimat a mindenkor hatályos jogszabályokban előírtak szerint kezelje.

Kelt: Tiszavasvári, 20 \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap.

A Megállapodásból egy példányt átvettem:

\_\_\_\_\_  
ellátást igénybevevő

\_\_\_\_\_  
ellátást nyújtó intézmény vezetője

Tanuk:

Név: \_\_\_\_\_

Név: \_\_\_\_\_

Lakcím: \_\_\_\_\_

Lakcím: \_\_\_\_\_

Személyi ig. szám: \_\_\_\_\_

Személyi ig. szám: \_\_\_\_\_



→ SZOCIÁLIS RÁSZORULTSÁG VIZSGÁLATA (1993.évi III. tv. 59/A. § (1),(2) bekezdés, 1993. évi III. tv. 65.§ (4) bek, 9/1999. (XI.24.) SZCSM rendelet 22. § (1),(2) bekezdés)

CSAK SZOCIÁLISAN RÁSZORULT VEHETI IGÉNYBE A SZOLGÁLTATÁST

*Szociálisan rászorult (Szt. 65. § (4) bekezdés)*

- a) az egyedül élő 65 év feletti személy
- b) az egyedül élő súlyosan fogyatékos vagy pszichiátriai beteg személy, vagy
- c) a kétszemélyes háztartásban élő 65 év feletti illetve súlyosan fogyatékos vagy pszichiátriai beteg személy, ha az egészségi állapota indokolja a szolgáltatás folyamatos biztosítását. A személyek számításánál a háztartásban élő kiskorú személy nem kell figyelembe venni.

**PSZICHIÁTRIAI BETEGSÉGRŐL AMBULÁNS LAP,  
FOGYATÉKOSSÁGRÓL FOT SZÜKSÉGES!!!!**

**CSATOLANDÓ DOKUMENTUMOK:**

1. SZEMÉLYI IGAZOLVÁNY  
MÁSOLATA,
2. LAKCÍMKÁRTYA MÁSOLATA
3. TAJ KÁRTYA MÁSOLAT,