



*Kecskemét Megyei Jogú Város Önkormányzata
Őszirozsa Időskorúak Gondozóháza
6000 Kecskemét, Nyíri út 77/a 76/506-012
e-mail: oszirozsa@alapellatas.hu*

K É R E L E M

IDŐSEK ÁTMENETI ELHELYEZÉSÉRE VONATKOZÓ IGÉNY NYILVÁNTARTÁSA

1993. évi III. tv. 20§ (2) és (4) bek. alapján

A) A KÉRELMEZŐ TERMÉSZETES SZEMÉLYI AZONOSÍTÓ ADATAI:

Családi és utónév: _____

Születési név: _____

Anyja neve: _____

Születési hely, idő: _____

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: _____

Neme: férfi nő

B) A KÉRELMEZŐ

Telefonszáma: _____

Lakóhelye: _____

Tartózkodási helye: _____

Értesítési címe: _____

C) A KÉRELMEZŐ

Állampolgársága: _____

Bevándorolt, letelepedett vagy menekült, hontalan jogállása, a szabad mozgás és tartózkodás jogára vonatkozó adat: _____

D) A KÉRELMEZŐ CSELEKVŐKÉPESSÉGÉRE VONATKOZÓ ADAT: _____

E) A KÉRELMEZŐ TÖRVÉNYES KÉPVISELŐJE:

Neve: _____

Születési neve: _____

Telefonszáma: _____

Lakóhelye: _____

Tartózkodási helye: _____

Értesítési címe: _____

A KÉRELMEZŐ ÁLTAL MEGNEVEZETT HOZZÁTARTOZÓJA:

Neve: _____

Születési neve: _____

Telefonszáma: _____

Lakóhelye: _____

Tartózkodási helye: _____

Értesítési címe: _____

**F) A KÉRELEM ELŐTERJESZTÉSÉNEK VAGY A BEUTALÓ HATÁROZAT MEGKÜLDÉSÉNEK
IDŐPONTJA: _____**

G) SORON KÍVÜLI ELLÁTÁSRA VONATKOZÓ IGÉNY: _____

H) AZ ELŐGONDOZÁS LEFOLYTATÁSÁNAK IDŐPONTJA: _____

MILYEN TÍPUSÚ ELLÁTÁS IGÉNYBEVÉTELET KÉRI¹

Alapszolgáltatás

- étkeztetés
- házi segítségnyújtás
- jelzőrendszeres házi segítségnyújtás
- támogató szolgáltatás

Nappali ellátás

- idősek nappali ellátása
- fogyatékosok nappali ellátása
- demens személyek nappali ellátása

Átmeneti ellátás

- időskorúak gondozóháza
- fogyatékos személyek gondozóháza
- pszichiátriai betegek átmeneti otthona
- szenvedélybetegek átmeneti otthona
- hajléktalan személyek átmeneti szállása

Ápolást-gondozást nyújtó intézmény

- idősek otthona
- pszichiátriai betegek otthona
- fogyatékos személyek otthona
- hajléktalan személyek otthona
- szenvedélybetegek otthona

Rehabilitációs intézmény

- pszichiátriai betegek rehabilitációs intézménye
- szenvedélybetegek rehabilitációs intézménye
- fogyatékos személyek rehabilitációs intézménye
- hajléktalan személyek rehabilitációs intézménye

Lakóotthon

- fogyatékos személyek lakóotthona
- pszichiátriai betegek lakóotthona
- szenvedélybetegek lakóotthona

¹Az igényelt ellátást X-szel kell jelölni.

A SZEMÉLYES GONDOSKODÁST NYÚJTÓ SZOCIÁLIS ELLÁTÁS IGÉNYBEVÉTELÉRE VONATKOZÓ ADATOK¹

Étkeztetés esetén

milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: _____

milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását: _____

az étkeztetés módja:

- helyben fogyasztás
- elvitellel
- kiszállítással
- diétás étkeztetés

Házi segítségnyújtás

milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: _____

milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását: _____

milyen típusú segítséget igényel:

- segítség a napi tevékenységek ellátásában
- bevásárlás, gyógyszerbeszerzés
- személyes gondozás
- egyéb, éspedig _____

Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevétele

milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: _____

Támogató szolgáltatás igénybevétele

milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: _____

milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását: _____

milyen típusú segítséget igényel:

- szállító szolgáltatás
- személyi segítő szolgáltatás

Nappali ellátás

milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: _____

- étkeztetést igényel-e: igen (normál diétás) nem

milyen gyakorisággal kéri az étkeztetést: _____

egyéb szolgáltatás igénylése: _____

Átmeneti elhelyezés

milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: _____

milyen időtartamra kéri az elhelyezést: _____

milyen okból kéri az elhelyezést: _____

Ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmény

milyen időtartamra kéri a szolgáltatás biztosítását: _____

- határozott (annak ideje) _____
- határozatlan

sonon kívüli elhelyezést kér-e

- ha igen, annak oka: _____

Kecskemét, _____

_____ az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő)

¹Az igényelt ellátást X-szel kell jelölni

**IDŐSEK ÁTMENETI ELHELYEZÉSÉRE VONATKOZÓ IGÉNY NYILVÁNTARTÁSÁNAK
KIEGÉSZÍTÉSE A SZOLGÁLTATÁS MEGKEZDÉSEKOR**

1993. évi III. tv. 20§ (2) és (4) bek. alapján

A) AZ ELLÁTÁS

Megkezdésének dátuma: _____

Megszüntetésének dátuma: _____

- módja: _____

- oka: _____

**B) A JOGOSULTSÁGI FELTÉTELEKRE ÉS AZ AZOKBAN BEKÖVETKEZETT VÁLTOZÁSOKRA
VONATKOZÓ ADATOK, KÜLÖNÖSEN A SZOCIÁLIS RÁSZORULTSÁG FENNÁLLÁSA, A
RÁSZORULTSÁGOT MEGALAPOZÓ KÖRÜLMÉNYEKRE VONATKOZÓ ADATOK:**

C) BENTLAKÁSOS ELLÁTÁS ESETÉN

A soron kívüli elhelyezésre vonatkozó döntés: _____

A férőhely elfoglalásának időpontja: _____

Közgyógyellátásban részesül-e: _____

I. 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. 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 **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. fogyatékoság (típusa, mértéke): _____

3.9. demencia: _____

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

4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései: _____

Kecskemét, 20____ . _____ hó ____ nap

P. H

orvos

(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 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		Munkaviszonyból és más foglalkoz- tatási jogviszonyból származó	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, szel- lemi 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							

(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.

Kecskemét, 20 . _____

az ellátást igénybe vevő
(törvényes képviselő) aláírása

ELŐGONDOZÁSI ADATLAP

1. Felvétel helye, ideje: _____

2. Az ellátást igénybe vevő adatai:

a) név: _____

b) lakcím: _____

c) családi helyzete: _____

d) családi állapota: _____

e) iskolai végzettsége*: _____

f) foglalkozása*: _____

3. Lakáskörülményre vonatkozó adatok:

a) lakás tulajdoni jellege*: _____

b) lakókörnyezet minősége: _____

c) lakás állapota: _____

4. Családi körülményekre vonatkozó adatok:

a) *legközelebbi hozzátartozói (elérhetőség, cím, telefonszám):* _____

b) közös háztartásban élő gondoskodásra szoruló hozzátartozó*: _____

5. Szociális helyzetére vonatkozó adatok:

Részesült-e az igénybevételt megelőző 6 hónapon belül egyéb ellátásban?

Ha igen, a megfelelő rész aláhúzendó:

a) nappali ellátásban,

b) étkeztetésben,

c) házi segítségnyújtásban,

d) jelzőrendszeres házi segítségnyújtásban,

e) otthonápolásban,

f) támogató szolgáltatásban,

g) családsegítésben,

h) pszichiátriai betegek közösségi ellátásában,

i) szenvedélybetegek közösségi ellátásában,

j) pénzbeli vagy természetbeni szociális ellátásban,

k) átmeneti otthoni elhelyezésben.

6. Egészségi állapotára vonatkozó gondozói vélemény:

- a) mozgásképesség: _____
- b) érzelmi állapot: _____
- c) segédeszköz használata: _____
- d) szenzoros funkciók (hallás, látás, szaglás, ízézés): _____
- e) magatartás, kommunikációs készség: _____

7. Cselekvőképességet érintő gondnokság alatt áll-e: _____

- a) ha igen, gondnok neve, címe: _____
- b) a gondnokság típusa: _____

8. A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről szóló rendeletben előírt kapcsolatfelvétel ideje, módja*: _____

- a) a szociális ellátást biztosító személlyel, intézménnyel: _____
- b) települési önkormányzattal: _____
- c) háziorvossal, kezelőorvossal: _____
- d) gyámhivatallal: _____
- e) törvényes képviselővel, hozzátartozóval: _____

9. Az elhelyezéssel kapcsolatos adatok:

- a) a beköltözéshez segítség szükséges-e, (ha igen, milyen típusú): _____
- b) milyen tárgyakat kíván magával vinni beköltözéskor: _____
- c) az igénybe vevőnek a beköltözés időpontjára vonatkozó nyilatkozata: _____
- d) a beköltözéssel kapcsolatos egyéb megjegyzés: _____
- e) milyen segítségnyújtást igényel az intézményben: _____
- f) elhelyezéssel kapcsolatos kérése: _____
- g) életvitele, jellemző szokásai*: _____
- h) szabadidő eltöltésének módja*: _____
- i) kapcsolatteremtő képessége: _____
- j) látogatók várható száma, látogatás gyakorisága: _____
- k) saját ruházattal rendelkezik-e: _____
- l) esetleges eltávozásra vonatkozó igény: _____
- m) hitéleti tevékenység gyakorlására vonatkozó igény*: _____
- n) az elhelyezéssel kapcsolatos egyéb megjegyzés: _____

* nem kötelező kitölteni

10. Az előgondozást végző személy összegző véleménye:

a) elhelyezés sürgősségére vonatkozó indok: _____

b) javasolható-e az intézményi felvétel: _____

Amennyiben nem, ennek oka: _____

c) más szolgáltatás, ellátás kezdeményezése: _____

Ennek oka: _____

11. Egyéb megjegyzések az igénybe vevővel kapcsolatban: _____

Az előgondozást végző személy neve, aláírása: _____

Kecskemét, 20 . _____

Nyilatkozat

Alulírott: _____ Szül. hely, idő: _____

Az ismertetést/tájékoztatást az intézményről, szolgáltatásokról, házirendről, megállapodás tervezetről, a térítési díj várható mértékéről, a beköltözés tervezett időpontjáról megkaptam, az abban foglaltakat megismertem, tudomásul veszem és magamra nézve, kötelezőnek tartom. Az adatszolgáltatáshoz hozzájárulok.

Nyilatkozom, hogy az általam önként rendelkezésre bocsátott adataimat az 1992. évi LXIII. Tv. A személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló törvény rendelkezéseinek betartásával kezelhetik.

Kecskemét, 20 . _____

aláírás

* nem kötelező kitölteni