



Kérelem a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez

1. Az ellátást Igénylő adatai:			
Neve:			
Születési neve:			
Anyja neve:			
Születési hely, idő:		Szem.ig. szám:	
TAJ:		Állampolgársága:	
Lakóhelye:			
1.1. A térítési díjat Fizető adatai:			
Neve:		Szül.neve:	
Szül. hely, idő:		Szem.ig. száma:	
Anyja neve:			
Lakóhelye:			
Telefonszáma, e-mail címe:			
Munkahelye:			
I. MARGARÉTA Idősek és Pszichiátriai Betegek Otthona			
II. Ezüstoffenyő Idősek és Pszichiátriai Betegek Otthona			
2. Az igényelt ellátás adatai:			
Milyen okból kéri az elhelyezést*:			
egészségi állapot		szociális helyzet	
önellátási képesség megváltozása			
2.1. Átmeneti elhelyezést nyújtó részleg			
Mikortól kéri a szolgáltatás biztosítását:			
Mennyi időre kéri az elhelyezést:			
Jelen kérelmmel egyidejűleg elhelyezési kérelmet nyújtok be az ápolást-gondozást nyújtó részlegbe.			
Igen		Nem	
2.2. Ápolást-gondozást nyújtó pszichiátriai részleg			
Mikortól kéri a szolgáltatás biztosítását:			
Ha igen, annak oka*:	Önmagamot nem tudom ellátni / Egészségi állapotom romlik		

*: a megfelelő aláhúzendő

A személyi térítési díjra, költőpénzre és gyógyszer számla fizetésére vonatkozó nyilatkozat

- Alulírott **Törvényes képviselő** vállalom, hogy a gondnokoltam (**Igénylő**) részére az Szt.117/B.§-a szerint a mindenkori intézményi térítési díjjal azonos személyi térítési díj teljes összegét megfizetem.

Biztosítom minden hónapban Igénylő részére a költőpénzt, amelynek összege meghaladja a tárgy év január 1-től megállapított minimál-nyugdíj 20 %-át.

Továbbá biztosítom minden hónapban Igénylő részére a gyógyszer-alaplistán nem szereplő gyógyszerek költségét, amelyet minden hónapban készpénzben fizetek be a pénztárba.

- Alulírott **Fizető** vállalom, hogy **Igénylő** részére az Szt.117/B.§-a szerint a mindenkori intézményi térítési díjjal azonos személyi térítési díj teljes összegét megfizetem.

Biztosítom minden hónapban Igénylő részére a költőpénzt, amelynek összege meghaladja a tárgy év január 1-től megállapított minimál-nyugdíj 20 %-át.

Továbbá biztosítom minden hónapban Igénylő részére a gyógyszer-alaplistán nem szereplő gyógyszerek költségét, amelyet minden hónapban készpénzben fizetek be a pénztárba.

Alulírott kérelmező büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy semmilyen fertőző betegségben (TBC, MRSA, Hepatits C, HIV, stb.) nem szenvedek. Az intézménybe való beköltözésemnek fertőző betegség nem akadály.

Alulírottak aláírásunkkal igazoljuk, hogy az ellátás igénybe vételének feltételeiről, az intézménnyel kötendő megállapodás és a házirend tartalmáról, az előgondozás időpontjáról, a térítési díj várható mértékéről a tájékoztatást megkaptuk.

Kelt: év hó nap

Az ellátást Igénylő aláírása

Törvényes képviselő aláírása

Fizető aláírása

II. JÖVEDELEMNYILATKOZAT

Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó személyes adatok:

Név:

Sz

ületési név:

Anyja neve:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

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

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

A család létszáma:	Munka- viszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, szellemi és más önálló tevékeny- ségből származó	Táppénz, gyermek- gondozási támogatások	Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások	Egyéb jöve- delem
..... fő						

Az ellátást igénybe vevő kiskorú

A közeli hozzátartozók neve, születési ideje **Rokoni kapcsolat**

- 1)
- 2)
- 3)

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.

Dátum:

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

III. VAGYONNYILATKOZAT

(tartós bentlakásos intézményi ellátás kérelmezése esetén kell kitölteni)

Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó személyes adatok:

Név:

Születési név:

Anyja neve:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

Az ellátást Igénylő vagyona:

2. Pénzvagyon

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:, a szerzés ideje: év

Becsült forgalmi érték: Ft

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

2. Üdülőtulajdon 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: 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



Egészségi állapotra vonatkozó adatok (a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)

Kérjük, hogy a beteget **receptekkel** (gyógyszer, inkontinencia-termék), valamint a **külön támogatással rendelhető gyógyszerekről** szakorvosi javaslattal ellátni szíveskedjen.

Beteg neve:		TAJ:	
Születési hely, idő:	Lakhely:		
1.1. Eset történet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan):			
1.2. Teljes diagnózis (részletes felsorolással, BNO kóddal):			
1.3. Prognózis, várható állapotváltozás:			
1.4. Ápolási-gondozási igények:			
1.5. Szenned-e v. milyen fertőző betegségben (TBC, Hepatitis C, HIV, MRSA, stb.):	Igen, Dg:		Nem
1.6. Speciális diéta szorul-e:	Igen epés, cukros, pépes		Nem
1.7. Szennedélybetegségben szenned-e:	Igen,		Nem
1.8. Demenciában, pszichiátriai megbetegedésben szenned-e:			
Dg:			
1.9. Szenned-e fogyatékoságban (típusa, mértéke):			
1.10. Gyógyszerezés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre:			
A háziorvos/kezelőorvos egyéb megjegyzései:			

Kelt:

Orvos aláírása

P.H.