

## 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: .....

### Milyen típusú ellátás igénybevételét kéri

#### Nappali ellátás

- a) idősek nappali ellátása
- b) demens személyek nappali ellátása

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:

Étkeztetést igényel-e: igen  (normál  diétás  )      nem

Milyen gyakorisággal kéri az étkeztetést:

Egyéb szolgáltatás igénylése:

20.....év.....hó.....nap

-----  
az ellátást igénybe vevő(törvényes képviselő) aláírása

## 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:

### Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás, idősek nappali ellátása igénybevétele esetén

krónikus betegségek (kérjük, sorolja fel):

Önellátási képessége:

fertőző betegségek (kérjük, sorolja fel):

esettörténet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan):

teljes diagnózis (részletes felsorolással, BNO kóddal):

prognózis (várható állapotváltozás):

ápolási-gondozási igények:

speciális diéta:

szenvedélybetegség:

pszichiátriai megbetegedés:

fogyatékoság (típusa, mértéke):

demencia:

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

### A házi orvos (kezelő orvos) egyéb megjegyzései:

**Dátum:**

**Orvos aláírása:**

**P. H.**

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)

A demens személyek nappali ellátásához a Pszichiátriai/Neurológiai Szakkollégium által befogadott demencia centrum, vagy a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal, vagy pszichiáter, neurológus, geriáter szakorvos demencia kórképet megállapító szakvéleményt mellékelni szükséges

## JÖVEDELEMNYILATKOZAT

### Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó személyes adatok:

Név: .....  
 Születési név: .....  
 Anyja neve: .....  
 Születési hely, idő: .....  
 Lakóhely: .....  
 Tartózkodási hely: .....  
 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	
<b>Összes jövedelem</b>	

### Kiskorú igénybe vevő eseténa családban élőkre vonatkozó (nettó) jövedelmi adatok:

*(kizárólag kiskorú kérelmező esetén szükséges kitölteni)*

A család létszáma: ..... fő	Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, szellemi és más önálló tevékenységből származó	Táppénz, gyermekgondozási támogatások	Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások	Egyéb jövedelem
<b>Az ellátást igénybe vevő kiskorú</b>						
<b>A közeli hozzátartozók neve, születési ideje</b>	<b>Rokoni kapcsolat</b>					
1)						
2)						
3)						
4)						
5)						
<b>ÖSSZESEN:</b>						

*(szükség esetén a táblázat sorai bővíthetők)*

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

**20.....év.....hó.....nap**

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