

## SÁNDORFALVI EGYESÍTETT EGÉSZSÉGÜGYI- ÉS SZOCIÁLIS INTÉZMÉNY

Sándorfalva, Szabadság tér 4/a

Tel: 06 –62-250-004

eeszisandorfalva@gmail.com

## Kérelem a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez

### 1. Az ellátást igénybe vevő adatai:

Név:.....

Születési neve:.....

Anyja neve: .....

Személyi igazolvány száma: .....

Születési helye, időpontja: .....

Lakóhelye: .....

Tartózkodási helye: .....

Telefonszáma: .....

Állampolgársága: .....

Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

Eltartási szerződés alapján eltartója van-e:                    IGEN                    NEM

Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének /eltartójának)

a) neve: .....

b) lakóhelye: .....

c) telefonszáma: .....

Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma:.....

### 2. Milyen típusú alapszolgáltatás igénybevételéhez kéri: (a megfelelő bejelölendő)

- étkeztetés,
- házi segítségnyújtás,
- családsegítés,
- tanyagondnoki szolgáltatás
- idősek klubja

### 3. A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételére vonatkozó adatok:

#### 3.1.) Étkeztetés esetén:

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:.....

Milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását:.....

Az étkeztetés módja:

- Helyben fogyasztja
- Elvitelre kéri
- Kiszállítással kéri
- Diétás étkeztetés. Típusa:.....

#### 3.2.) Házi segítségnyújtás esetén:

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:.....

Milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását:.....

Milyen típusú segítséget igényel:

- Szociális segítség
- Személyi gondozás

#### 3.3.) Idősek nappali ellátása (idősek klubja) esetén:

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:.....

Étkeztetést igényel-e?

- reggeli       ebéd       uzsonna
- normál       diétás
- nem

Melyik napokon kéri az étkeztetést? .....

#### 3.4.) Tanyagondnoki szolgáltatás esetén:

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:.....

Milyen típusú segítséget igényel:

- Étkeztetés
- Személyszállítás

- Segítség a napi tevékenységek ellátásában
- Bevásárlás
- Gyógyszerbeszerzés
- Személyes gondozás
- Egyéb .....

#### 4. Adatkezelés, adatvédelem:

A 2011. évi CXII. tv 5. § biztosított adatkezelési jogomról tájékoztatást kaptam hozzájárulok, hogy az Intézmény a személyes adataimat a jogszabályban előírt módon kezelje.

Tájékoztatást kaptam a Központi Elektronikus Nyilvántartási Rendszerben történő adatszolgáltatásról, hozzájárulok az adataim, e rendszerben történő kezeléséhez.

Dátum:.....

.....

Az ellátást igénybevevő (törvényes képviselő ) aláírása

Mellékletek:

- Jövedelemnyilatkozat (É,H,INE)
- Egészségügyi állapotra vonatkozó igazolás(É,H,INE)
- Szenvedélybetegség esetén, vagy átmeneti betegség esetén egészségi állapotra vonatkozó adatok (É,H,INE)
- Pszichiátriai betegség esetén szakorvosi igazolás (É,H,INE)
- Személyi igazolvány, lakcímkártya, TAJ kártya (É,H,T,INE)
- NRSZH szakértői bizottságának szakvéleménye másolatát (É, H)
- MÁK területi illetékes igazgatóságának igazolását, hogy vakok személyi járadékában , vagy fogyatékosági támogatásban részesül (É,H)

**EGYESÍTETT EGÉSZSÉGÜGYI- ÉS SZOCIÁLIS INTÉZMÉNY**

Sándorfalva, Szabadság tér 4/a

Tel: 06 –62-250-004

eeszisandorfalva@gmail.com

---

**I. Egészségi állapotra vonatkozó adatok**

**(a házi orvos, kezelőorvos tölti ki)**

1. Házi segítségnyújtás és nappali ellátás igénybevétele esetén:

a) önellátásra vonatkozó megállapítások ( részben képes, segítséggel képes stb.):

.....

b) szenved-e krónikus betegségben: .....

c) szenved-e fogyatékoságban, ha igen, milyen típusú, és mértékű: .....

.....

d) rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e: .....

e) gyógyszerek adagolásának ellenőrzése szükséges-e: .....

f) szenvedett fertőző betegségben 6 hónapon belül: .....

g) egyéb megjegyzések: .....

.....

Az ellátás biztosítása orvosi szempontból indokolt.

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

.....

Dátum:.....

.....

Orvos aláírása

P.H.

# EGYESÍTETT EGÉSZSÉGÜGYI- ÉS SZOCIÁLIS INTÉZMÉNY

Sándorfalva, Szabadság tér 4/a

Tel: 06 –62-250-004

eeszisandorfalva@gmail.com

## II. JÖVEDELEMNYILATKOZAT

### 1. 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 nem kell kitölteni,

**nem**

### 2. 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>	

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