

1. melléklet a 9/2018.(IV.27.) önkormányzati rendelethez

Kérelem a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez

(A formanyomtatvány az igényelt szociális ellátás típusának megfelelő adatok figyelembevételével töltendő ki.)

1. Az ellátást igénybe vevő adatai:

Név:..... Születési neve:.....
Anyja neve:..... TAJ száma:.....
Születési helye, időpontja:.....
Lakóhelye:.....
Tartózkodási helye:.....
Értesítési címe:.....
Állampolgársága:..... bevándorolt / letelepedett / menekült jogállás*

Családi helyzete: egyedül él ☐ két személyes háztartásban él ☐
több személyes háztartásban él ☐

Az ellátást igénybe vevő cselekvőképességére vonatkozó adatok:

Gondnoka, gyámja van ☐ nincs ☐
Gondnok/gyám neve:.....
Lakcíme, telefonszáma:.....
Gondnokság típusa: cselekvőképességet kizáró cselekvőképességet korlátozó*
végleges ideiglenes eseti * (*A megfelelőt kérjük aláhúzni!)

Az ellátást igénybe vevő telefonszáma:.....

Tartására köteles személy

a) neve:.....
b) lakóhelye:.....
c) telefonszáma:.....

Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)

a) neve:.....
b) lakóhelye:.....
c) telefonszáma:.....

2. Milyen típusú ellátás igénybevételét kéri?

2.1. alapszolgáltatás

étkeztetés ☐
házi segítségnyújtás ☐

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

3.1. Étkeztetés

milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:.....
milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását:.....
diabetikus étkeztetést igényel-e:.....
az étkeztetés módja:
kiszolgálásával egyidejű helyben fogyasztással ☐
elvitelével ☐
lakásra szállítással ☐

3.2. Házi segítségnyújtás

milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:.....

milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását:.....

milyen típusú segítséget igényel:

- **szociális segítség** (segítség a lakókörnyezeti higiénia megtartásában, háztartási tevékenységben való közreműködés) ☐
- **személyes gondozás** (gondozási és ápolási feladatok) ☐

4. Soron kívüli ellátást igényel

igen ☐ nem ☐

Felelősségem tudatában kijelentem, hogy életvitelszerűen a

- lakóhelyemen*
- tartózkodási helyemen* élek, (*a megfelelő rész aláhúzendó)

a kérelemben közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

....., 20...év hó nap.

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

Csatolandó okmányok:

1. Személyi igazolvány fénymásolata
2. Lakcímkártya fénymásolata
3. TAJ kártya fénymásolata
4. Nyugdíjfolyósító Igazgatóság, Magyar Államkincstár igazolása az ellátás összegéről
5. Utolsó havi csekkszelvény vagy pénzügyi folyószámla kivonat az ellátás utalásáról
6. Gondnoki rendelő határozat
7. Kórházi és orvosi zárójelentések
8. A fogyatékos fennállását igazoló a tanulási képességet vizsgáló szakértői és rehabilitációs bizottság, illetve az országos szakértői és rehabilitációs tevékenységet végző bizottság szakértői véleményét vagy a fogyatékos jellege szerinti szakorvosi leletet vagy súlyos fogyatékos esetén a fogyatékos támogatás, a vakok személyi járadéka, illetve a magasabb összegű családi pótlék megállapítását, vagy folyósítását igazoló határozat
9. A demenciát igazoló orvosszakértői szerv vagy a Pszichiátriai/Neurológiai Szakkollégium által befogadott demencia centrum vagy pszichiáter, neurológus, geriáter szakorvos által kiállított a demencia kórképet megállapító szakvélemény

NYILATKOZAT

Alulírott.....(név).....(sz.
név).....(sz. idő).....(anyja
neve).....(TAJ szám).....
.....szám alatti lakos,

**a Tiszacsege Város Önkormányzata által biztosított
házi segítségnyújtás/szociális étkeztetés*
igénybevevője**

az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló **2011. évi CXII. törvény 3. § 7. pontjával, valamint az 5. § (1) bekezdés a) pontjával összhangban** hozzájárulok, hogy Tiszacsege Város Önkormányzata - mint a Tiszacsegei Szociális Szolgáltatások fenntartója - a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 20. § (2) és (4) bekezdése szerint meghatározott személyes adataimat tartalmazó okmányaimat, (személyi igazolvány, lakcímkártya, TAJ kártya) valamint a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételeéről szóló **9/1999. (XI. 24.) SZCSM rendelet 1. számú mellékletében** meghatározott jövedelmi adataimat tartalmazó okmányaimat fénymásolja, és a személyi anyagomban a másolatokat elhelyezze.

Hozzájárulok továbbá ahhoz, hogy Tiszacsege Város Önkormányzata a szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi igénybevevői nyilvántartásról és az országos jelentési rendszerről szóló **415/2015. (XII. 23.) Korm. rendelet (továbbiakban: Rendelet) 7. § (2) bekezdés a) és b) pontja alapján** - a szolgáltatásnyújtás fennállásig - a szolgáltatói nyilvántartásban a jogszabályban meghatározott adataimat kezelje, a Rendelet 3. § (1) bekezdés a) pontjában előírt engedélyes adatszolgáltatási kötelezettségének teljesítése érdekében.

- megfelelő rész aláhúzendó

Tiszacsege,

.....
nyilatkozattevő aláírása

1. számú melléklet a 9/1999. (XI. 24.) SZCSM 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, idősök nappali ellátása 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:		
4. A házi orvos (kezelő orvos) egyéb megjegyzései:		
Dátum:	Orvos aláírása:	P. H.

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)

I.

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS
(szociális étkeztetés igénybevétele esetén a háziorvos tölti ki)

Név (születési név):.....

Születési hely, idő:

Lakóhely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jel:

1. Étkeztetés igénybevétele esetén igazolom az igénybe vevő egészségi állapotára vonatkozóan

1.1. Önellátásra vonatkozó megállapítások:

a) Önellátásra képes. ☐

b) Önellátásra részben képes: egyes tevékenységekhez igényel segítséget. ☐

c) Önellátásra részben képes: rendszeres időszakos ellátást igényel. ☐

d) Önellátásra nem képes: folyamatos ellátást igényel, időszakosan fekvő. ☐

e) Önellátásra nem képes: 24 órás ellátást igényel, ágyban fekvő. ☐

1.2. Felülvizsgálata szükséges: igen ☐ nem ☐

Ha szükséges, a következő felülvizsgálat időpontja:.....

2. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:

.....

Dátum:....., 20....év hó nap.

.....

Orvos aláírása, P.H.

1. számú melléklet a 9/1999. (XI. 24.) SZCSM rendelethez

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:

(kizárólag kiskorú kérelmező esetén szükséges kitölteni)

A család létszáma: fő	Munkaviszonyból és más foglalkoztatási	Társas és egyéni vállalkozásból,	Táppénz, gyermekgondozási	Önkormányzat és állami	Nyugellátás és egyéb nyugdíj-	Egyéb jövedelem
---------------------------------------	--	----------------------------------	---------------------------	------------------------	-------------------------------	-----------------

		jogviszonyból származó	őstermelői, szellemi és más önálló tevékenységből származó	támogatások	foglalkoztatási szervek által folyósított ellátások	szerű rendszeres szociális ellátások	
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

Dátum:, 20....év hó nap.

.....

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