**Gondviselés Integrált** **Szociális Intézmény**

**Somogy Vármegye**

**7562 Segesd, Kossuth u. 1.**

**Tel.: 82/371-539**

**e-mail:** [**gondviseles@smgondviseles.hu**](mailto:gondviseles@smgondviseles.hu)

Nyilvántartási szám: ……………………………… (az intézmény tölti ki)

**Kérelem jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igényléséhez**

1. ***Az ellátást igénybe vevő adatai***

|  |  |
| --- | --- |
| **Név:** | **Születési név:** |
| **Anyja neve:** | **Születési helye, időpontja:** |
| **Bejelentett lakóhelye:** | **Bejelentett tartózkodási helye:** |
| **Állampolgársága:** | **Társadalombiztosítási azonosító jele:** |
| **Értesítési címe:** | **Telefonszám:** |
| **E-mail cím:** |  |

1. ***Amennyiben Önnek van törvényes képviselője, a törvényes képviselő:***

|  |  |
| --- | --- |
| **Név:** | **Születési név:** |
| **Bejelentett lakóhelye:** | **Bejelentett tartózkodási helye:** |
| **Értesítési címe:** | **Telefonszám:** |
| **E-mail cím:** |  |

1. ***Megnevezett hozzátartozó:***

|  |  |
| --- | --- |
| **Név:** | **Születési név:** |
| **Bejelentett lakóhelye:** | **Bejelentett tartózkodási helye:** |
| **Értesítési címe:** | **Telefonszám:** |
| **E-mail cím:** | **Rokonsági fok:** |

1. ***Tartási, vagy öröklési szerződést kötött-e:*** igen nem

(kérem, aláhúzással jelölje)

Igen válasz esetén a tartást és gondozást szerződésben vállaló személy adatai:

|  |  |
| --- | --- |
| **Név:** | **Születési név:** |
| **Bejelentett lakóhelye:** | **Bejelentett tartózkodási helye:** |
| **Értesítési címe:** | **Telefonszám:** |
| **E-mail cím:** | **Rokonsági fok:** |

1. ***A kérelmező:***
2. Cselekvőképes
3. Cselekvőképességében részlegesen korlátozott
4. Cselekvőképességében teljesen korlátozott

(kérem aláhúzással jelölje)

1. **A jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevétele szempontjából szociális rászorultság oka:**

(Kérem, aláhúzással jelölje! Több ok is jelölhető.)

* az egyedül élő 65 év feletti személy
* az egyedül élő súlyosan fogyatékos vagy pszichiátriai beteg személy, vagy
* a kétszemélyes háztartásban élő 65 év feletti, illetve súlyosan fogyatékos vagy pszichiátriai beteg személy, ha egészségi állapota indokolja a szolgáltatás folyamatos biztosítását, kiskorú személy ebben az esetben nem vehető figyelembe;

1. **A szolgáltatás biztosításának igényelt időpontja:**

**határozott**

**határozatlan**

(Kérem, aláhúzással jelölje! A határozott időt pontosan jelölje meg! pl.: 3 hónap)

1. **A kérelem előterjesztésének, időpontja**

(Az intézmény tölti ki!)

1. **Egyéb közlendő**

**Nyilatkozat**

Alulírott kérelmező hozzájárulok az adataim elektronikus úton történő rögzítéséhez, azok nyilvántartásához.

A közölt adatok a valóságnak megfelelnek, a személyi adatok a személyi okmányokban bejegyzett adatokkal megegyeznek.

Dátum:

………………………………………… ...........................................................

az ellátást kérelmező aláírás az ellátást kérelmező   
 törvényes képviselőjének aláírása

***2. számú melléklet***

***I. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS***

**(a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)**

Név (születési név):

Születési hely, idő:

Lakóhely:   
Társadalombiztosítási Azonosító Jel: .............................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás és nappali ellátás (idős, fogyatékos, demens személyek részére) igénybevétele esetén** (házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás esetében az 1.1. pontot nem kell kitölteni): | | | |
| 1.1. önellátásra vonatkozó megállapítások: | | | |
| önellátásra képes □ | | részben képes □ | segítséggel képes □ |
| 1.2. szenved-e krónikus betegségben: | | | |
| 1.3. fogyatékosság típusa (hallássérült, látássérült, mozgássérült, értelmi sérült) és mértéke: | | | |
| 1.4. rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e: | | | |
| 1.5. gyógyszerek adagolásának ellenőrzése szükséges-e: | | | |
| 1.6. szenvedett-e fertőző betegségben 6 hónapon belül: | | | |
| 1.7. egyéb megjegyzések: | | | |
| **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 diétára szorul-e: | | | |
| 3.6. szenvedélybetegségben szenved-e: | | | |
| 3.7. pszichiátriai megbetegedésben szenved-e: | | | |
| 3.8. fogyatékosságban szenved-e (típusa, mértéke): | | | |
| 3.9. idősotthoni ellátás esetén demenciában szenved-e: | | | |
| 3.10. gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre: | | | |
| **4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:** | | | |
| **Dátum:** | | Orvos aláírása: | P. H. |

1. ***számú melléklet***

***I.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. Vagyonnyilatkozat” 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:** |  |

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**