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

**Somogy Vármegye**

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

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

**e-mail:** **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**