**KÉRELEM**

**Fogyatékos személyek ápoló-gondozó célú lakóotthona ellátás igénybevételéhez**

1. **Az ellátást kérelmező adatai:**

Név:

Születési név: a.n.:

Személyi igazolvány szám:

TAJ szám:

Születési hely, időpont:

Állampolgárság:

Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállás:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

Nyugdíjtörzsszám: \_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Legközelebbi hozzátartozó (törvényes képviselő)

1. neve, születési neve:
2. lakóhelye/tartózkodási helye/értesítési címe: ……………..

1. telefonszáma:

Nagykorú gyermek

1. neve, születési neve:
2. lakóhelye/tartózkodási helye/értesítési címe:……………..

1. telefonszáma:

Nagykorú gyermek

1. neve, születési neve:
2. lakóhelye/tartózkodási helye/értesítési címe:……………..

1. telefonszáma:

Tartásra köteles személy (házastárs, élettárs, egyeneságbeli rokon, örökbefogadott gyermek, örökbefogadó szülő):

1. neve, születési neve:
2. lakóhelye……………….
3. telefonszáma:

**Az igénybevételre vonatkozó adatok:**- miért kéri az elhelyezését: .....................................................................................................................
.................................................................................................................................................................

- milyen időtartamra kéri az elhelyezést: határozatlan határozott

- ha határozott időre kéri az elhelyezést, annak ideje: ................................................................................

- soron kívüli elhelyezést kér-e: nem igen ha igen, annak oka:
...................................................................................................................................................................
...................................................................................................................................................................

- a beköltözés módja: ...................................................................................................................................

Az ellátást igénylő hozzájárul, hogy a Központi Elektronikus Nyilvántartásba /KENYSZI/, a
személyes adatai rögzítésre kerüljenek.

 az ellátást igénylő (törvényes képviselő) aláírás

***Egészségi állapotra vonatkozó Igazolás***

***(a háziorvos, kezelőorvos, vagy kórházi kezelés esetén a kórházi osztályos orvos tölti ki)***

Név (születési név):

Születési hely, idő:

Lakóhely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jel:

1. Esettörténet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan):

1. Teljes diagnózis (részletes felsorolással, BNO kóddal):

1. Prognózis (várható állapotváltozás):
2. Ápolási-gondozási igények:
3. Speciális diétára szorul-e:
4. Szenvedélybetegségben szenved-e:
5. Pszichiátriai megbetegedésben szenved-e:
6. Szenved-e fogyatékosságban (mértéke, típusa):
7. Dementiában szenved-e:
8. Gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint a kérelem benyújtásának időpontjában szedett gyógyszerek köre:

Háziorvos, kezelőorvos egyéb megjegyzései:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_\_ nap

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 orvos aláírása

Ph.

A szolgáltatást igénylők ápolási-gondozási besorolása:

0 pont – független
1 pont – segédeszköz

2 pont – mások segítsége

3 pont – személy és eszköz segítsége

4 pont – teljesen függő

|  |  |
| --- | --- |
| **Önellátó képesség** | **Pontszám** |
| **Táplálkozás**  |  |
| **Fürdés**  |  |
| **WC használat** |  |
| **Mobilitás az ágyban** |  |
| **Járás**  |  |
| **Lépcsőn járás** |  |
| **Öltözködés** |  |
| **Összesítés** |  |

 **Értékelés:**

 **1. Önellátásra képes (fennjáró)***(Egészségügyi megfigyelést igényel)* **0 – 5 pont**

**2. Önellátásra részben képes** *(Egyes tevékenységekhez segítséget igényel)* **6 -14 pont**

**3. Önellátásra nem képes:**

1. **Rendszeres segítséget igényel, de közösségbe vihető** *(Időszakos ellátásra szorul)* **15 – 23 pont**
2. **Rendszeres segítséget igényel, időszakosan fekvő** *(Folyamatos ellátásra szorul)* **24 – 27 pont**
3. **Ápolást igényel, ágyban fekvő** *(24 órás ellátást és folyamatos megfigyelést igényel)* **28 pont**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 orvos aláírása

Ph.

##### JÖVEDELEMNYILATKOZAT

Az 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelet 1. számú melléklete alapján

**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** |  |

**Kiskorú igénybe vevő esetén a családban élőkre vonatkozó (nettó) jövedelmi adatok:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| A család létszáma: .................... fő | Munka-viszonybólés másfoglalkoztatásijogviszonybólszármazó | Társas ésegyénivállalkozásból,őstermelői,szellemi ésmás önállótevékeny-ségbőlszármazó | Táppénz,gyermek-gondozásitámogatások | Önkormányzatés állami foglalkoztatásiszervek általfolyósítottellátások | Nyugellátásés egyébnyugdíjszerűrendszeresszociálisellátások | Egyébjövedelem |
| Az ellátást igénybe vevő kiskorú |  |  |  |  |  |  |
| A közelihozzátartozók neve,születési ideje | Rokonikapcsolat |  |  |  |  |  |  |
| 1) |  |  |  |  |  |  |  |
| 2) |  |  |  |  |  |  |  |
| 3) |  |  |  |  |  |  |  |
| 4) |  |  |  |  |  |  |  |
| 5) |  |  |  |  |  |  |  |
| **ÖSSZESEN:** |  |  |  |  |  |  |

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

##### VAGYONNYILATKOZAT

Az 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelet 1. számú melléklete alapján

**(tartós bentlakásos intézményi ellátás kérelmezése esetén kell kitölteni)**

**1. A nyilatkozóra 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): ......................................................................................

**A nyilatkozó vagyona:**

**2. Pénzvagyon**

1. A nyilatkozó rendelkezésére álló készpénz összege: ....................................................... Ft

2. Bankszámlán/fizetési számlán rendelkezésre álló összeg, ideértve a bankszámlán/fizetési számlán lekötött betéteket és a betétszerződés alapján rendelkezésre álló összeget is: ................................. Ft

A számlavezető pénzintézet neve, címe: ...................................................................................

3. Takarékbetét-szerződés alapján rendelkezésre álló összeg: ............................................ Ft

A betétszámlát vezető pénzintézet neve, címe: ........................................................................

**Rehabilitációs intézmény és rehabilitációs célú lakóotthon esetén a „3. Ingatlanvagyon” pontot nem kell kitölteni!**

**3. Ingatlanvagyon**

1. Lakástulajdon és lakótelek-tulajdon címe: ..................................................................... helyrajzi száma: .................., a lakás alapterülete: ........ m2, a telek alapterülete: ........ m2, tulajdoni hányad: .........., a szerzés ideje: ............ év

Becsült forgalmi érték: ........................... Ft

Haszonélvezeti joggal terhelt: igen/nem (a megfelelő aláhúzandó)

2. Üdülőtulajdon és üdülőtelek-tulajdon címe: ........................................................................... helyrajzi száma: ..............., az üdülő alapterülete: .......... m2, a telek alapterülete: ........ m2, tulajdoni hányad: .........., a szerzés ideje: ............ év

Becsült forgalmi érték: ........................... Ft

3. Egyéb, nem lakás céljára szolgáló épület-(épületrész-)tulajdon megnevezése (zártkerti építmény, műhely, üzlet, műterem, rendelő, garázs stb.): ......................................................... címe: ....................................................................... helyrajzi száma: ................., alapterülete: ......... m2, tulajdoni hányad: .........., a szerzés ideje: ............ év

Becsült forgalmi érték: ........................... Ft

4. Termőföldtulajdon megnevezése: ................................. címe: .................................... helyrajzi száma: ............, alapterülete: ........ m2, tulajdoni hányad: .........., a szerzés ideje: ............ év

Becsült forgalmi érték: ........................... Ft

5. 18 hónapon belül ingyenesen átruházott ingatlan címe ................................................... helyrajzi száma: ............, alapterülete .......... m2, tulajdoni hányad ........, az átruházás ideje ........... év

Becsült forgalmi érték: ........................... Ft

6. Ingatlanhoz kötődő vagyoni értékű jog:

A kapcsolódó ingatlan megnevezése ...................................................................................... címe: ...................................................................................................... helyrajzi száma: .......................

A vagyoni értékű jog megnevezése:

haszonélvezeti □, használati □, földhasználati □, lakáshasználati □, haszonbérleti □, bérleti □, jelzálogjog □, egyéb □.

Ingatlan becsült forgalmi értéke: ........................... Ft

Kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulok a nyilatkozatban szereplő adatoknak az eljárásban történő felhasználásához, kezeléséhez.

Dátum: ...........................................

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