**KÉRELEM**

**A személyes gondoskodást nyújtó szociális 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/tartózkodásihelye/értesítésicíme:……………..................................................................

.....................................................................................................................................................................

1. telefonszáma: .......................................................................................................................................

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

1. neve, születési neve:.............................................................................................................................
2. lakóhelye………………..........................................................................................................................
3. telefonszáma: ........................................................................................................................................
4. **Kérem, hogy részemre tartós bentlakásos, ápolást-gondozást nyújtó: Idősek otthona- intézményi ellátást nyújtsanak a Református Nefelejcs Otthon, Okány Kastélykert u. 4. alatt.**

|  |  |
| --- | --- |
| a) az elhelyezést az általános szabályok szerint [nem a b pontban felsorolt körülmények alapján] kéri |  □ |

|  |  |
| --- | --- |
| *b)* az elhelyezést a gondozási szükségletet megalapozó egyéb körülmények alapján kéri, továbbiakban: |  □ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
| 1. demencia kórkép legalább középsúlyos fokozata □
2. az ellátást igénylő egyedül él, és
 |   |
| *ba)* nyolcvanadik életévét betöltötte □ |   |

|  |  |
| --- | --- |
| *bb)* hetvenedik életévét betöltötte és lakóhelye közműves vízellátás vagy közműves villamosenergia-ellátás nélküli ingatlan |  □ |

|  |  |
| --- | --- |
| *bc)* hallási fogyatékosként fogyatékossági támogatásban vagy vakok személyi járadékában részesül,  |  □ |

|  |  |
| --- | --- |
| *bd)* a *bc)* pont szerinti eseten kívüli okból fogyatékossági támogatásban részesül és az orvosszakértői szerv, illetve jogelődje szakértői bizottságának szakvéleménye, szakhatósági állásfoglalása az önkiszolgálási képességének hiányát állapította meg,  |  □ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *be)* a komplex minősítésre vonatkozó részletes szabályokról szóló □ 7/2012. (II. 14.) NEFMI rendelet 3. § (2) bekezdés *f)* pontja szerinti E minősítési kategóriába tartozó rokkantsági ellátásban részesül, vagy rokkantsági járadékban részesül,

|  |  |
| --- | --- |
| *bf)* munkaképességét 100%-ban elvesztette vagy legalább 70%-os mértékű egészségkárosodást szenvedett és önellátásra nem vagy csak segítséggel képes. |  |

 □ |  |

|  |
| --- |
| Amennyiben az idősotthoni ellátást a gondozási szükségletet megalapozó egyéb körülmények alapján kérik, a 2. a, b, ba, bb, bc, bd, be, bf, pontban megjelölt körülmények igazolásához a gondozási szükséglet vizsgálata során az alábbi dokumentumokat kell bemutatni: |
| 1. alpont esetén: orvos szakértői szerv vagy a Pszichiátriai, illetve Neurológiai Szakkollégium által befogadott demencia centrum vagy pszichiáter, neurológus, geriáter szakorvos szakvélemény
 |

ba) alpont esetén: személyazonosításra alkalmas igazolvány másolata,

|  |
| --- |
| *bb)* alpont esetén: személyazonosításra alkalmas igazolvány másolata, és a települési önkormányzat jegyzőjének igazolása a közművesítés hiányáról, |
| bc) alpont esetén: ellátást megállapító jogerős határozat vagy az ellátás folyósítását igazoló irat másolata |
| bd) alpont esetén: érvényes és hatályos szakvélemény, szakhatósági állásfoglalás, másolata, |
| *be)* alpont esetén: az ellátást, járadékot megállapító jogerős határozat és a kérelem benyújtását megelőző havi nyugdíj-folyósítási, járadékfolyósítási csekkszelvény vagy bankszámlakivonat másolata |
| *bf)* alpont esetén: az orvos szakértői szerv, a rehabilitációs szakértői szerv vagy a rehabilitációs hatóság illetve jogelődje érvényes és hatályos szakvéleményének, szakhatósági állásfoglalásának, határozatának másolatával, hatósági bizonyítványával igazoltak. |

 |  |

1. 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:
* emeltszintű elhelyezést kér-e: nem , igen .

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

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

 Az ellátást igénybe vevő (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. \* Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás, idősek nappali ellátása igénybevétele esetén

1.1. krónikus betegségek (kérjük, sorolja fel):

1.2. fertőző betegségek (kérjük, sorolja fel):

1.3. fogyatékosság (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**

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 az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek:**

**Egyéb megjegyzések:**

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

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

 **orvos aláírása**

**Ph.**

**Értékelő adatlap**

Személyes adatok

Név:

Születési hely, idő:

Lakcím:

Törvényes képviselőjének neve, elérhetősége:

Mérőtábla

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tevékenység, funkció** | **Értékeljen 0-4 pont között**(a pontérték a szükséges segítség mértékével emelkedik) | **Intézmény-vezető/ általa megbízott személy** | **Orvos által kitöltendő oszlop 5. oldal, aláírás a 8. oldalon** |
| Térbeli-időbeni tájékozódás | 0: mindig, mindenkor térben, időben, személyeket illetően tájékozott1: esetenként segítségre, tájékoztatásra szorul2: részleges segítségre, tájékoztatásra szorul3: gyakran tájékozatlan4: térben-időben tájékozatlan | (nem kitöltendő)X |  |
| Helyzetnek megfelelő viselkedés | 0: mindig, mindenkor a helyzetnek megfelelően viselkedik1: esetenként bonyolultabb helyzetekben segítségre szorul2: gyakran az adott helyzetnek nem megfelelően viselkedik3: nem megfelelő viselkedése gyakran kellemetlenséget okoz, reakciója nem kiszámítható - viselkedési kockázat4: nem képes az adott helyzetnek megfelelően viselkedni | (nem kitöltendő)X |  |
| Terápiakövetés Rábízható-e az előírt gyógyszerek adagolása, szedése | 0: az orvos utasításait, előírt gyógyszeres terápiát betartja1: gyógyszerelésben segítséget igényel, utasításokat betartja2: elrendelt terápiát tartja, segítséggel tudja tartani az utasításokat3: elrendelt terápiát, utasításokat ellenőrzés mellett tartja4: gyógyszer bevétele csak gondozói ellenőrzéssel | (nem kitöltendő)X |  |
| Életvezetési képesség (felügyelet igénye) | 0: önállóan1: esetenkénti tanácsadás, részfeladatra betanítható2: személyes szükségletei ellátásában segítségre szorul3: személyes szükségletei ellátásában gyakran vagy rendszeresen segítségre szorul, belátási képessége hiányzik4: állandó 24 órás felügyelet | (nem kitöltendő)X |  |
| Étkezés | 0: önmagát kiszolgálja, önállóan étkezik1: felszolgálást igényel, de önállóan étkezik2: felszolgálást és evőeszköz tisztításához segítséget igényel3: felszolgálás és elfogyasztáshoz részbeni segítséget igényel4: teljes segítséget igényel az étel elfogyasztásához |  | (nem kitöltendő)X |
| Öltözködés | 0: nem igényel segítséget1: önállóan végzi, de a megfelelő ruhaneműk kiválasztásához segítséget igényel2: egyes ruhadarabok felvételében igényel segítséget3: jelentős segítséget igényel az öltözködésben, megfelelő öltözet kiválasztásában4: öltöztetés, vetkőzés minden szakaszában segítségre szorul |  | (nem kitöltendő)X |
| Tisztálkodás (személyi higiéné biztosítása) | 0: szükségleteit felmérve önállóan végzi1: szükségleteit felismeri, bizonyos feladatokhoz segítséget igényel2: szükségleteit felismeri, tisztálkodni csak segítséggel tud3: részlegesen ismeri fel szükségleteit, segítséget igényel4: nem ismeri fel szükségleteit, tisztálkodni önállóan nem képes |  | (nem kitöltendő)X |
| WC használat | 0: önálló WC használatban, öltözködésben, higiénés feladatait ellátja1: önállóan használja WC-t, de öltözködésben és vagy higiénés feladatokban ellenőrizni kell2: önállóan használja WC-t, de öltözködésben és vagy higiénés feladatokban segíteni kell3: segítséget igényel WC használatban, öltözködésben, higiénés feladatok elvégzéséhez4: segítséggel sem képes WC használatra, öltözködésre, higiénés feladatok elvégzésére |  |  (nem kitöltendő)X |
| Kontinencia | 0: vizeletét, székletét tartani képes1: önállóan pelenkát cserél, elvégzi a higiénés feladatait2: pelenka cserében, öltözködésben és vagy higiénés feladatokban alkalmanként segítséget igényel3: rendszeres segítséget igényel pelenka cserében, öltözködésben, higiénés feladatok elvégzésében4: inkontinens, teljes ellátásra szorul |  | (nem kitöltendő)X |
| Kommunikáció Képes-e megfogalmazni, elmondania panaszát, megérti-e amit mondanak neki | 0: kifejezőkészsége, beszédértése jó1: kommunikációban időszakosan segítségre szorul2: beszédértése, érthetősége megromlott3: kommunikációra csak segédeszközzel vagy csak metakommunikációra képes4: kommunikációra nem képes |  | (nem kitöltendő)X |
| Helyzetváltoztatás | 0: önállóan1: önállóan, segédeszköz használatával2: esetenként segítséggel3: gyakran segítséggel4: nem képes |  | (nem kitöltendő)X |
| Helyváltoztatás | 0: önállóan1: segédeszköz önálló használatával2: segédeszköz használatával, segítséget esetenként igényel3: segédeszköz használatával, gyakran csak segítséggel4: nem képes |  | (nem kitöltendő)X |
| Látás |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 0: jól lát, szemüveg használata nélkül1: jól lát, szemüveg használatával2: szemüveg használatára szorul, de elutasítja azt3: szemüveg használatával sem kielégítő a látása (pl. hályog, érbetegség)4: nem lát |

 |  | (nem kitöltendő)X |
| Hallás |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 0: jól hall, átlagos hangerő mellett1: átlagos hangerő mellett időnkénti hallásproblémái vannak2: hallókészülék használatára szorul3: van hallókészüléke, de nem képes használni vagy elutasítja4: nem hall |

 |  | (nem kitöltendő)X |
| Fokozat: | Intézményvezető és az orvos által adott összes pontszám |  |  |

ÉRTÉKELÉS

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fokozat |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Értékelés |

 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Pontszám |

 | Jellemzők |
| 0. | Tevékenységeit elvégzi |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 0-19 |

 | Az egyén a vizsgált tevékenységeket el tudja végezni.A szolgáltatás a szociális és egészségi állapot szinten tartására korlátozódik. |
| I. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Egyes tevékenységekben segítségre szoruló |

 | 20-34 | Az egyén egyes tevékenységekben hetente többször segítségre szorul vagy figyelmet, irányítást igényel. |
| II. | Részleges segítségre szoruló | 35-39 | Az egyén bizonyos tevékenységek elvégzésében napi rendszeres segítségre szorul vagy napi szintű kontrollt igényel. |
| III. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Teljes ellátásra szoruló |

 | 40-56 | Az egyén teljes ellátásra, folyamatos gondozásra, ápolásra szorul, intenzív odafigyelést és gyakori beavatkozást igényel. |

I. fokozat

II. fokozat

III. fokozat

vagy

a gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól szóló 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet 4. § (1) bekezdés .................pontja...........alpontja szerinti egyéb körülmények állnak fenn.

A vizsgálat eredménye alapján:

- szociális segítés a gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól szóló 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet 3/A. §

(1) bekezdés *b)* pont .........alpontja szerinti egyéb körülmény alapján

- személyi gondozás

- idősotthoni elhelyezés nyújtható.

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

 intézményvezető/szakértő

 ..................................................................

 orvos aláírása

Ph.

Az értékelőlap 1 db másolati példányát átvettem: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dátum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Jövedelemnyilatkozat**

**Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó személyes adatok:**

Név:......................................................................................Születési név:

Anyja neve:

Születési hely, idő:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

(itt azt a lakcímet vagy tartózkodási címet 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 díj megfizetését az ellátást igénylő vagy a díjat megfizető más személy esetén vállalja-e (a rovat kitöltése nem minősül tényleges vállalásnak):**

* igen - ebben az esetben a jövedelemnyilatkozat további részét és a „Vagyonnyilatkozat” nyomtatványt nem kell kitölteni
* nem - ebben az esetben, tájékoztatom arról, hogy az 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról114. § (2) bekezdése alapján az Ön hozzátartozójának tartási kötelezettsége áll fenn.

**Az ellátást igénybe vevő személyre vonatkozó jövedelmi adatok:**

|  |  |
| --- | --- |
| **A jövedelem típusa** | **Nettó összege** |
| Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó |  |
| Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve 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 |  |
| **Összes jövedelem:** |  |

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A család létszáma: .................fő** | Munka-viszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó | Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, szellemi és más önálló tevékenységből származó | Táppénz, gyermek-gondozási támogatások | Önkormányzat és állami foglalkoztatási szervek által folyósított ellátások | Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások | Egyéb jövedelem |
| **Az ellátást igénybe vevő kiskorú** |  |  |  |  |  |  |
| **A közeli hozzátartozók neve, születési ideje** | **Rokoni kapcsolat** |  |  |  |  |  |  |
| 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 felhasználáshoz.

Dátum:

 Az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása

**Vagyonnyilatkozat**

**A nyilatkozóra vonatkozó személyes adatatok:**

Név:

Születési név:

Anyja neve:

Születési hely, idő:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

(itt azt a lakcímet vagy tartózkodási címet kell megjelölni, ahol a kérelmező életvitelszerűen tartózkodik)

Telefonszám (nem kötelező megadni):

**A nyilatkozó vagyona**

**Pénzvagyon**

1. A nyilatkozó rendelkezésre 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: Ft

3. Takarékbetét szerződés alapján rendelkezésre álló összeg: Ft

A betétszámlát vezető pénzintézet neve, címe:

**Ingatlanvagyon**

* + 1. **1.Lakástulajdon és lakótelek-tulajdon:**

címe: város/község út/utca

hsz., helyrajzi szám: alapterülete: m2, tulajdoni hányad:

a szerzés ideje: év

Becsült forgalmi érték: Ft

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

**2.Üdülőtulajdon és üdülőtelek-tulajdon:**

címe: város/község út/utca

hsz., helyrajzi szám: 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: város/község út/utca

hsz., helyrajzi szám: alapterülete: m2, tulajdoni hányad:

a szerzés ideje: év

Becsült forgalmi érték: Ft

**4.Termőföldtulajdon megnevezése:**

címe: város/község út/utca

hsz., helyrajzi szám: alapterülete: m2, tulajdoni hányad:

a szerzés ideje: év

Becsült forgalmi érték: Ft

**5.18 hónapon belül ingyenesen átruházott ingatlan:**

címe: város/község út/utca

hsz., helyrajzi szám: alapterülete: m2,tulajdoni hányad:

átruházás ideje: év

Becsült forgalmi érték: Ft

**6. Ingatlanhoz kötődő vagyoni értékű jog:**

A kapcsolódó ingatlan megnevezése

címe: város/község út/utca

hsz., helyrajzi szám:

A vagyoni értékű jog megnevezése: használati 0, földhasználati 0, lakáshasználati 0, haszonbérleti 0, bérleti 0, jelzálogjog 0, egyéb 0

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