



Ipolyart Ápoló Gondozó Otthon és Rehabilitációs Intézet

3188 Ludányhalászi Rákóczi út 71-73.

Tel: 32/456-004, 32/456-024

Fax: 32/456-273

E-mail: ipolyart@ipolypartotthon.hu

www.ipolypartotthon.hu

Kérelem jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igényléséhez

1. Az ellátást igénylő adatai:

Név:

Születési név:

Anyja születési neve:

Születési helye, időpontja:

Az ellátást igénylő állampolgársága:

Bejelentett lakóhely:

.....

Bejelentett tartózkodási hely:

.....

Értesítési cím:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Telefonszám:

E-mail cím:

Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma:

2. Amennyiben Önnek van törvényes képviselője, a törvényes képviselő

Név:

Születési név:

Bejelentett lakóhely:

.....

Bejelentett tartózkodási hely:

.....

Értesítési cím:

Telefonszám:

E-mail cím:

3. Megnevezett hozzátartozó

Név:

Születési név:

Bejelentett lakóhely:

Bejelentett tartózkodási hely:

Értesítési cím:

Telefonszám:

E-mail cím:

Rokonsági fok:

4. A kérelmező

A) cselekvőképés

B) cselekvőképességében részlegesen korlátozott

C) cselekvőképességében teljesen korlátozott

(kérem, aláhúzással jelölje)

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

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

Név:

Születési név:

Bejelentett lakóhely:

Bejelentett tartózkodási hely:

Értesítési cím:

Telefonszám:

E-mail cím:

6. A kérelem benyújtásának oka:

.....
.....

7. Az ellátás időtartama: határozott
határozatlan

8. A kérelem beérkezésének időpontja:

9. 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 aláírása

az ellátást kérelmező törvényes képviselőjének aláírása

I.

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. 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 <input type="checkbox"/> nem indokolt <input type="checkbox"/>	
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. gyógyszersedés 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.
<i>(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)</i>		

II.

**Jövedelemnyilatkozat
jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igényléséhez**

Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó személyi 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:

A család létszáma: fő		Munkaviszony ból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó	Társas és egyéni vállalkozásb ól, őstermelői, szellemi és más önálló tevékenység ból származó	Táppénz, gyermek- gondozási támogatás ok	Önkormány zat és állami foglalkoztat ási szervek által folyósított ellátások	Nyugellát ás és egyéb nyugdíj- szerű rendszer s szociális ellátások	Egyé b jöve- dele m
Az ellátást igénybe vevő kiskorú							
A közeli hozzátartoz ók neve, születési ideje	Rokoni kapcsol at						
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:.....

.....
**az ellátást igénybe vevő
(törvényes képviselő) aláírás**