

Kérelem

a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez
(étkeztetés, házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, nappali ellátás)

1. Az ellátást igénybe vevő adatai:

Név:

Születési neve:.....

Anyja neve:

Születési helye, időpontja:.....

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Állampolgársága:

Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása:.....

Személyi igazolvány száma:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Telefonszáma:

Tartásra köteles személy

Neve:Szül.helye,idő:.....

Anyja neve:Telefonszáma:.....

Lakcíme:.....Értesítési címe:.....

Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)

Neve:Szül.helye,idő:.....

Anyja neve:.....Telefonszáma:.....

Lakcíme:.....Értesítési címe:.....

Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma:.....

2. Milyen típusú alapszolgáltatás igénybevételét kéri?

2.1. alapszolgáltatás

- étkeztetés

- házi segítségnyújtás

- jelzőrendszeres házi segítségnyújtás

2.2. nappali ellátás

- idősek nappali ellátása

3. A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételére vonatkozó adatok:

3.1. Étkeztetés

milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:

milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását:

az étkeztetés módja:

- helyben fogyasztás
- elvitellel
- kiszállítással
- diétás étkeztetés

3.2. Házi segítségnyújtás

milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:

milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását:

milyen típusú segítséget igényel:

- segítség a napi tevékenységek ellátásában
- bevásárlás, gyógyszerbeszerzés
- személyes gondozás
- egyéb, éspedig:.....

3.3. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás

milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:

3.4. Nappali ellátás

- milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:
- étkeztetést igényel-e: igen nem
- milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását:.....
- egyéb szolgáltatás igénylése:.....

Dátum:

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

I.

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

(a házi orvos, 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, idősök 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		
indokolt <input type="checkbox"/> nem indokolt <input type="checkbox"/>		
3. Átmeneti elhelyezés (az éjjeli menedékhely kivételével), ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmények,		
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. gyógyszereszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges, stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek:		
4. A házi orvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:		
Dátum:	Orvos aláírása:	P.H.

II.
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 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:*(kizárólag kiskorú kérelmező esetén szükséges kitölteni)***A család létszáma:**

..... fő

A család létszáma:		Munka- viszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, szellemi és más önálló tevékenységből származó	Táppénz, gyermek- gondozási támogatások	Önkormány- zat és állami foglalkoztatási szervek által folyósított ellátások	Nyug- ellátás és egyéb nyugdíj- szerű rendszeres szociális ellátások	Egyéb jöve- delem
Az ellátást igénybe vevő kiskorú							
A közeli hozzátartozók neve, születési ideje	Rokoni kapcsolat						
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

NYILATKOZAT ADATKEZELÉSHEZ

Alulírott (szül.:
anyja neve:) kijelentem, hogy tájékoztatásban
részesültem az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló
2011. évi CXII. törvény által biztosított adatkezeléshez történő hozzájárulási jogomról,
valamint a szolgáltatás igénybevételével járó adat-nyilvántartási kötelezettségről.

- Aláírással **önkéntesen hozzájárulok** / *nem járulok hozzá**, hogy a VKTT Egyesített Szociális Intézmény a személyes adataimról a nyilvántartást vezesse, hivatalos megkeresés esetén azokról adatot szolgáltatson, az együttműködés során tudomására jutott különleges adataimat a mindenkor hatályos jogszabályokban előírtak szerint továbbá a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK rendelet hatályon kívül helyezéséről szóló Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 rendelete (2016. április 27.) szerinti adatkezelésnek megfelelően kezelje.

Tudomásul veszem, hogy a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 20.§ (2), (4) bekezdéseiben foglalt adatokat a szociális hatóság is nyilvántartja a központi elektronikus nyilvántartási rendszerben. Erről az intézményvezető tájékoztatását megkaptam.

Dátum:.....

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

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	Háziorvos
Térbeli- időbeni tájékozódás	0: mindig, mindenkor térben, időben, személyeket illetően tájékozott 1: esetenként segítségre, tájékoztatásra szorul 2: részleges segítségre, tájékoztatásra szorul 3: gyakran tájékozatlan 4: térben-időben tájékozatlan	X	
Helyzetnek megfelelő viselkedés	0: mindig, mindenkor a helyzetnek megfelelően viselkedik 1: esetenként bonyolultabb helyzetekben segítségre szorul 2: gyakran az adott helyzetnek nem megfelelően viselkedik 3: nem megfelelő viselkedése gyakran kellemetlenséget okoz, reakciója nem kiszámítható – viselkedési kockázat 4: nem képes az adott helyzetnek megfelelően viselkedni	X	
Étkezés	0: önmagát kiszolgálja, önállóan étkezik 1: felszolgálatot igényel, de önállóan étkezik 2: felszolgálatot és evőeszköz tisztításához segítséget igényel 3: felszolgálatot és elfogyasztáshoz részbeni segítséget igényel 4: teljes segítséget igényel az étel elfogyasztásához		X
Öltözködés	0: nem igényel segítséget 1: önállóan végzi, de megfelelő ruhaneműk kiválasztásához segítséget igényel 2: egyes ruhadarabok felvételében igényel segítséget 3: jelentős segítséget igényel az öltözködésben, megfelelő öltözet kiválasztásában 4: öltöztetés, vetkőzés minden szakaszában segítségre szorul		X
Tisztálkodás (személyi higiéné biztosítása)	0: szükségleteit felmérve önállóan végzi 1: szükségleteit felismeri, bizonyos feladatokhoz segítséget igényel 2: szükségleteit felismeri, tisztálkodni csak segítséggel tud 3: részlegesen ismeri fel szükségleteit, segítséget igényel 4: nem ismeri fel szükségleteit, tisztálkodni önállóan nem képes		X

Tevékenység, funkció	Értékeljen 0-4 pont között (a pontérték a szükséges segítség mértékével emelkedik)	Intézmény vezető	Háziorvos
WC használat	0: önálló WC használatban, öltözködésben, higiénés feladatait ellátja 1: önállóan használja a WC-t, de öltözködésben és vagy higiénés feladatokban ellenőrizni kell 2: önállóan használja a WC-t, de öltözködésben és vagy higiénés feladatokban segíteni kell 3: segítséget igényel WC használatban, öltözködésben, higiénés feladatok elvégzéséhez 4: segítséggel sem képes WC használatra, öltözködésre, higiénés feladatok elvégzésére		X
Kontinencia	0: vizeletét, székletét tartani képes 1: önállóan pelenkát cserél, elvégzi a higiénés feladatait 2: pelenka cserében, öltözködésben és vagy higiénés feladatokban alkalmanként segítséget igényel 3: rendszeres segítséget igényel pelenka cserében, öltözködésben, higiénés feladatok elvégzésében 4: inkontinens, teljes ellátásra szorul		X
Kommunikáció Képes – e megfogalmazni, elmondani a panaszát, megérti-e amit mondanak neki	0: kifejezőkészsége, beszédértése jó 1: kommunikációban időszakosan segítségre szorul 2: beszédértése, érthetősége megromlott 3: kommunikációra csak segédeszközzel vagy csak metakommunikációra képes 4: Kommunikációra nem képes		X
Terápiakövetés és Rábízható-e az előírt gyógyszerek adagolása, szedése	0: az orvos utasításait, előírt gyógyszeres terápiát betartja 1: gyógyszerelésben segítséget igényel, utasításokat betartja 2: elrendelt terápiát tartja, segítséggel tudja tartani az utasításokat 3: az elrendelt terápiát, utasításokat ellenőrzés mellett tartja 4: gyógyszer bevétele csak gondozói ellenőrzéssel	X	
Helyzetváltoztatás	0: önállóan 1: önállóan, segédeszköz használatával 2: estenként segítséggel 3: gyakran segítséggel 4: nem képes		X
Helyváltoztatás	0: önállóan 1: segédeszköz önálló használatával 2: segédeszköz használatával, segítséget esetenként igényel 3: segédeszköz használatával, gyakran csak segítséggel 4: nem képes		X
Életvezetési képesség (felügyelet igénye)	0: önállóan 1: esetenként tanácsadás, részfeladatra betanítható 2: személyes szükségletei ellátásában segítségre szorul 3: személyes szükségletei ellátásában gyakran vagy rendszeresen segítségre szorul, belátási képessége hiányzik 4: állandó 24 órás felügyelet	X	

Tevékenység, funkció	Értékeljen 0-4 pont között (a pontérték a szükséges segítség mértékével emelkedik)	Intézmény vezető	Háziorvos
Látás	0: jól lát, szemüveg használata nélkül 1: jól lát, szemüveg használatával 2: szemüveg használatára szorul, de elutasítja azt 3: szemüveg használatával sem kielégítő a látása (pl. hályog, érbetegség) 4: nem lát		X
Hallás	0: jól hall, átlagos hangerő mellett 1: átlagos hangerő mellett időnkénti hallásproblémái vannak 2: hallókészülék használatára szorul 3: van hallókészüléke, de nem képes használni vagy elutasítja 4: nem hall		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.

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 segítség 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 körülménye alapján
- személyi gondozás
- idősothoni elhelyezés nyújtható

Dátum:.....

.....
Intézményvezető/szakértő

.....
Orvos

A gondozási szükséglet felülvizsgálatát az intézmény fenntartójától lehet kérni.

Felülvizsgálat

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 fennálló napi gondozási szükséglet szerint:

- szociális segítség 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 körülménye alapján
- személyi gondozás
- időotthoni elhelyezés
nyújtható

Dátum:.....

.....
Fenntartó képviselője

.....
Orvos

Igazolás

Szociális étkeztetésre való jogosultság megállapításához

(Ezt az igazolás a 60 éven aluli étkeztetést igénylőre kell kitöltetni)

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993.évi III. törvény 62§-a (1) bekezdés b.) pontja alapján igazolom, hogy:

Név:.....

Születési név:

Születési hely, idő:.....

Anyja neve:.....

Lakcím:.....

TAJ szám:

- Mozgáskorlátozottsága miatt**.....ig/vagy végleges
- Krónikus betegsége miatt, és pedig** :.....ig/vagy végleges
(A diagnózis feltüntetés szükséges!)
- Akut megbetegedése miatt** :..... - ig

szociális étkeztetésre jogosult

Dátum:.....

P.H.

.....
Háziorvos, kezelőorvos/szakorvos

Tájékoztató

Házi segítségnyújtás igénybevételéhez szükséges dokumentumok:

1. **Kérelem**, (kitöltött, aláírt)
2. **Egészségi állapotra vonatkozó igazolás** (a házi orvos, kezelő orvos, vagy kórházi kezelés esetén a kórházi osztályos orvos tölti ki)
3. **Értékelő adatlap** ((a házi orvos, kezelő orvos, vagy kórházi kezelés esetén a kórházi osztályos orvos tölti ki)
4. **Igazolás** (Szociális étkeztetésre való jogosultság megállapításához)
5. **Nyilatkozat adatkezeléshez** (kitöltött, aláírt)
6. **Igénybevevőtől**
 - a. Személyi igazolvány
 - b. TAJ kártya
 - c. Lakcím kártya
7. **Legközelebbi hozzátartozó**
 - a. Neve,
 - b. Lakcíme
 - c. Elérhetősége

Szociális étkeztetés igénybevételéhez szükséges dokumentumok:

1. **Kérelem**, (kitöltött, aláírt)
2. **Egészségi állapotra vonatkozó igazolás** (a házi orvos, kezelő orvos, vagy kórházi kezelés esetén a kórházi osztályos orvos tölti ki)
3. **Igazolás** (Szociális étkezésre való jogosultsághoz- házi orvos tölti ki)
4. **Nyilatkozat adatkezeléshez** (kitöltött, aláírt)
5. **Igénybevevőtől**
 - a. Személyi igazolvány
 - b. TAJ kártya
 - c. Lakcím kártya
 - d. Egy hónapnál nem régebbi igazolás a havi jövedelemről
6. **Legközelebbi hozzátartozó**
 - a. Neve,
 - b. Lakcíme
 - c. Elérhetősége

Idősek Klubja (nappali ellátás) igénybevételéhez szükséges dokumentumok

1. **Kérelem**, (kitöltött, aláírt)
2. **Egészségi állapotra vonatkozó igazolás** (a házi orvos, kezelő orvos, vagy kórházi kezelés esetén a kórházi osztályos orvos tölti ki)
3. **Nyilatkozat adatkezeléshez** (kitöltött, aláírt)
4. **Igénybevevőtől**
 - a. Személyi igazolvány
 - b. TAJ kártya
 - c. Lakcím kártya
 - d. Egy hónapnál nem régebbi igazolás a havi jövedelemről
5. **Legközelebbi hozzátartozó**
 - a. Neve,
 - b. Lakcíme
 - c. Elérhetősége

Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételéhez szükséges dokumentumok:

1. **Kérelem**, (kitöltött, aláírt)
2. **Egészségi állapotra vonatkozó igazolás** (a házi orvos, kezelőorvos, vagy kórházi kezelés esetén a kórházi osztályos orvos tölti ki)
3. **Nyilatkozat adatkezeléshez** (kitöltött, aláírt)
4. **Igénybevevőtől**
 - a. Személyi igazolvány
 - b. TAJ kártya
 - c. Lakcím kártya
 - d. Egy hónapnál nem régebbi igazolás a havi jövedelemről
5. **Legközelebbi hozzátartozó**
 - a. Neve,
 - b. Lakcíme
 - c. Elérhetősége