

***Kérelem a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez***

1. Az ellátást igénybe vevő adatai:

Név:.....

Születési neve:.....

Anyja neve:.....

Születési helye, időpontja:.....

Lakóhelye:.....

Tartózkodási helye:.....

Állampolgársága:.....

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

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:.....

Tartására köteles személy

a) neve:.....

b) lakóhelye:.....

Telefonszáma:.....

Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)

a) neve:.....

b) lakóhelye:.....

c) telefonszáma:.....

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

2. Milyen típusú ellátás igénybevételét kéri

2.1. alapszolgáltatás

étkeztetés

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:

elvitellel

kiszállítással

diétás étkeztetés (orvosi igazolás csatolása szükséges)

Dátum:  
.....

Az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása:

**Jövedelemnyilatkozat**

*Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó személyi adatok:*

Neve: .....  
Születési neve: .....  
Anyja neve: .....  
Születési hely, év, hó, nap: .....  
Lakcím: település: ..... utca/házzám: ..... ir.szám: .....  
*(itt azt a lakcímet vagy tartózkodási címet kell megjelölni, ahol a kérelmező életvitelszerűen tartózkodik)*  
Telefonszám: .....

A személyes gondoskodást nyújtó alapszolgáltatás, illetve szakosított ellátás esetén:	
1. az ellátást igénylő rendszeres (bruttó) havi jövedelme:	
1.1. Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó:	
1.2. Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó:	
1.3. Alkalmi munkavégzésből származó:	
1.4. Táppénz, gyermekgondozási támogatások:	
1.5. Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások: Amennyiben az erre vonatkozó igazolás beszerzését hivatalból kéri, az ellátást folyósító szerv neve és címe:	
1.6. Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások:	
1.7. Egyéb jövedelem:	
2. összes (nettó) havi 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 a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához.

Nyilatkozom, hogy az általam feltüntetett jövedelmen kívül más jövedelemmel, bevétellel nem rendelkezem.

A 9/1999.(XI.24.) SZCSM rendelet 18.§-a alapján nyilatkozom, hogy más szolgáltatónál, intézménynél alapszolgáltatás nem veszek igénybe / igénybe veszek\*: .....  
(szolgáltató neve, székhelye)..... (alapellátás megnevezése).

Dátum:

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

\*megfelelő aláhúzendó

Fülöpháza Község Önkormányzata

6042 Fülöpháza, Kossuth u. 5., Tel./fax: 76/377-182, e-mail: [polghiv@fulophaza.hu](mailto:polghiv@fulophaza.hu)

*Egészségi állapotra vonatkozó adatok (a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)*

1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás és nappali ellátás igénybevétele esetén (házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás esetében az 1.1. pontot nem kell kitölteni):		
1.1. önellátásra vonatkozó megállapítások: önellátásra képes <input type="checkbox"/> részben képes <input type="checkbox"/> segítséggel képes <input type="checkbox"/>		
1.2. szenved-e krónikus betegségben:		
1.3. fogyatékoság típusa (hallássérült, látássérült, mozgássérült, értelmi sérült) és mértéke:		
1.4. rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e:		
1.5. gyógyszerek adagolásának ellenőrzése szükséges:		<input type="checkbox"/>
1.6. szenvedett fertőző betegségben 6 hónapon belül:		<input type="checkbox"/>
1.7. egyéb megjegyzések:		
2. Átmeneti elhelyezést, ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmények, lakóotthon esetén (időotthon esetén a 2.10. pontot nem kell kitölteni):		
2.1. esettörténet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan):		
2.2. teljes diagnózis (részletes felsorolással, BNO kóddal):		
2.3. prognózis (várható állapotváltozás):		
2.4. ápolási-gondozási igények:		
2.5. speciális diétára szorul-e:		
2.6. szenvedélybetegségben szenved-e:		
2.7. pszichiátriai megbetegedésben szenved-e:		
2.8. szenved-e fogyatékoságban (típusa, mértéke):		
2.9. gyógyszeresedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre:		
2.10. a külön jogszabályban meghatározottak alapján az önellátás mértékének megállapítása:		
3. Soron kívüli elhelyezése indokolt:		
		<input type="checkbox"/>
A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:		
Dátum:	Orvos aláírása:	P. H.