



KÉRELEM

a házi segítségnyújtás, étkeztetés, idősek nappali ellátása esetén

1. Az ellátást igénybe vevő adatai:

Név:

Születési neve:

Anyja születési neve:

Személyi igazolvány száma: TAJ:

Születési helye, időpontja:

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Értesítési címe:

Telefonszáma:

Állampolgársága, bevándorolt, letelepedett vagy menekült, hontalan jogállása, a szabad mozgás és tartózkodás jogára vonatkozó adat:

Cselekvőképességre vonatkozó adat (cselekvőképes/korlátozottan cselekvőképes: korlátozó gondokság, kizárógondnokság):

Törvényes képviselőjének:

neve:

lakóhelye:

tartózkodási vagy értesítési címe:

telefonszáma:

Legközelebbi hozzátartozójának

neve:

lakóhelye:

tartózkodási vagy értesítési címe:

telefonszáma:

2. Milyen típusú ellátás igénybevételét kéri:

- étkeztetés (elvitel, kiszállítás, helyben fogyasztás)
- házi segítségnyújtás
- nappali ellátás (idősek klubja)

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

3.1. Étkeztetés esetén:

milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:

az étkeztetés módja:

- elvitelre
- házhoz vagy lakásra szállítás

3.2. Házi segítségnyújtás esetén

milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:

hány órában igényli a szolgáltatást:.....

milyen napokon igényli a szolgáltatást:.....

milyen típusú segítséget igényel:

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

3.3. Nappali ellátás esetén:

milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:

Kelt:

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

I. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS
(a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)

Név:

Születési név:

Születési hely, idő:

Lakóhely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jel:

1. Házi segítségnyújtás és nappali ellátás (idős, fogyatékos, demens személyek részére) igénybevétele esetén

(házi segítségnyújtás esetében az 1.1. pontot nem kell kitölteni):

1.1. önellátásra vonatkozó megállapítások:

önellátásra képes részben képes segítséggel képes

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-e:

1.6. szenvedett-e fertőző betegségben 6 hónapon belül:

1.7. egyéb megjegyzések:

2. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:

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

Orvos aláírása:

P. H.

Dátum:

II. JÖVEDELEMNYILATKOZAT

a házi segítségnyújtás, étkeztetés, idősek nappali ellátása esetén

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 §-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

nem

Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó jövedelmi adatok:

A jövedelem típusa	Nettó összeg
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 munkaügyi szervek által folyósított ellátások	
Egyéb jövedelem	
Összes 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 az eljárás során történő felhasználásához.

Dátum:

.....
Az ellátást igénybevevő
(törvényes képviselő) aláírása

NYILATKOZAT

Alulírott kijelentem, hogy a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló, 1992. évi LXIII. és az 1997. évi XLVII. egészségügyi adatvédelmi törvény által biztosított adatkezeléshez történő hozzájárulási jogomról, valamint a szolgáltatás igénybevételével járó adat-nyilvántartási kötelezettségéről tájékoztatásban részesültem.

Aláírással **önkéntesen hozzájárulok / nem járulok hozzá**, hogy a **Koppány – völgyi Alapszolgáltatási Központ** 8660 Tab, Petőfi Sándor u. 4. a személyes adataimról a nyilvántartást vezesse, hivatalos megkeresése esetén azokról adatot szolgáltatson, az együttműködés során tudomására jutott különleges adataimat a mindenkor hatályos jogszabályokban előírtak szerint kezelje.

Dátum:

.....
Az ellátást igénybevevő
(törvényes képviselő) aláírása