7940 Szentlőrinc, Munkácsy M. u. 1-3.
Szociális Szolgáltató Központ
Tel/fax.: 73 /371 - 016; 570 - 081;E - mail:szockozpont@szszko.t-online.hu

Kérelem a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez

Az ellátást igénybe vevő adatai:

Név: .....
Születési neve: .....
Anyja neve: .....
Születési helye, időpontja: .....
Lakóhelye: .....
Tartózkodási helye: .....
Értesítési címe/ telefonszáma.....
Állampolgársága: .....
Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása: .....
Cselekvőképesség mértéke:.....
Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....
Személyi igazolvány száma: ……

Kérelmező törvényes képviselője

a)neve: .....
b)lakóhelye: .....
Telefonszáma: .....

A kérelmező által megnevezett legközelebbi hozzátartozójának

a) neve: .....
b) születési neve: .....
c) anyja neve: .....
d) születési helye, időpontja: .....
e) lakóhelye vagy tartózkodási helye: .....
f) 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:

☐helyben fogyasztás ☐elvitelre

☐kiszállítással ☐diétás étkeztetés

Dátum: ……..

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

7940 Szentlőrinc, Munkácsy M. u. 1-3.
Szociális Szolgáltató Központ
Tel/fax.: 73 /371 - 016; 570 - 081;E - mail:szockozpont@szszko.t-online.hu

NYILATKOZAT ADATKEZELÉSI TÁJÉKOZTATÁS MEGISMERÉSÉRŐL

Alulírott
……
……
(név, született, anyja neve, lakcím) kijelentem, hogy a személyes adataim kezeléséről a szolgáltatás igénybevételével kapcsolatosan az Európai Parlament és a Tanács 2016/679 Rendelete (GDPR) és az Információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény (Info tv.) jogszabályok által biztosított jogomnak megfelelően tájékoztatásban részesültem.

A tájékoztatás kiterjedt arra, hogy az Intézmény a szolgáltatás nyújtásához az ágazati jogszabályok által előírt és a szolgáltatás nyújtásához szükséges adatokat kezeli, így a szolgáltatás igénybe vételéhez adataim megadása és Intézmény általi kezelése szükséges.

Személyes adataim a tájékoztató és a hatályos jogszabályok szerinti kezeléséhez önkéntesen hozzájárulok, a szolgáltatás igénybe vételét kérelmezem.

Dátum: ……

Aláírás: ……
(kérelmező, törvényes képviselője)

7940 Szentlőrinc, Munkácsy M. u. 1-3.
Szociális Szolgáltató Központ
Tel/fax.: 73 /371 - 016; 570 - 081;E - mail:szockozpont@szszko.t-online.hu

6. melléklet az 1/2017. (II. 14.) EMMI rendelethez
Az Ir. 1. számú melléklet I. része helyébe a következő rendelkezés lép:

„I.

EGÉSZSÉGI ÁLLLAPOTRA 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, támogatószolgáltatás 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		
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. fogyatékosság (típusa, mértéke):		
3.9. demencia:		
3.10. gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges, stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek:		
4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:		
Dátum:	**Orvos aláírása:**	**P.H.**

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)”