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: **Magyar**
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 □házi segítségnyújtás
□jelzőrendszeres házi segítségnyújtás

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
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 igénybevétele:□
Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:.....

3.8. Megjegyzések

3.8.1. Házi segítségnyújtás és idősek otthona igénybevételére irányuló kérelem esetén - ha az elhelyezést az általános szabályok szerint kérik - a gondozási szükséglet vizsgálata során be kell mutatni a gondozási szükséglet megítélését szolgáló, rendelkezésre álló leletek és szakvélemények másolatát.

3.8.2. Amennyiben az idősotthoni ellátást a gondozási szükségletet megalapozó egyéb körülmények alapján kérik, a 2.4. pontban megjelölt körülmények igazolásához a gondozási szükséglet vizsgálata során az alábbi dokumentumokat kell bemutatni:

ba) alpont esetén: az ORSZI vagy a Pszichiátriai, illetve Neurológiai Szakkollégium által befogadott demencia centrum szakvéleménye,

bb) alpont esetén: személyazonosításra alkalmas igazolvány másolata és a települési önkormányzat jegyzőjének igazolása a házi segítségnyújtás hiányáról,

bc) alpont esetén: személyazonosításra alkalmas igazolvány másolata és a települési önkormányzat jegyzőjének igazolása a közművesítés hiányáról,

bd) alpont esetén: személyazonosításra alkalmas igazolvány másolata és az ellátást megállapító jogerős határozat vagy az ellátás folyósítását igazoló irat másolata,

be) és bg) alpont esetén: személyazonosításra alkalmas igazolvány másolata és az ORSZI, illetve jogelődje érvényes és hatályos szakvéleményének, szakhatósági állásfoglalásának másolata az önkiszolgálási képesség hiányáról,

bf) alpont esetén: személyazonosításra alkalmas igazolvány másolata és a nyugdíjat, járadékot megállapító jogerős határozat, vagy a kérelem benyújtását megelőző havi nyugdíj-folyósítási, járadékfolyósítási csekkszelvény vagy bankszámlakivonat másolata.”

Dátum: .....

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

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:		
3.11. Soron kívüli elhelyezésre vonatkozó kérelme indokolt-e? igen nem		
4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:		
Dátum:	**Orvos aláírása:**	**P.H.**

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)”