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

1. számú melléklet a 9/1999. (XI. 24.) SZCSM rendelethez17

Kérelem a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez „A”

(A formanyomtatvány az igényelt szociális ellátás típusának megfelelő adatok figyelembevételével töltendő ki.)

Az ellátást igénybe vevő adatai:

Név:
Születési neve:
Anyja neve:
Születési helye, időpontja:
Lakóhelye:
Tartózkodási helye: u.a.
Állampolgársága: **Magyar**
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. nappali ellátás

□ idősek nappali ellátása □ fogyatékosok nappali ellátás

□ demens személyek nappali ellátás

3.5. Nappali ellátás

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:

étkeztetést igényel-e □ igen (normál, diétás) □ nem

Milyen gyakorisággal kéri az étkeztetést:.....

Egyéb szolgáltatás igénylése:.....

Dátum: Szentlőrinc,

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

[17] Az 1. számú melléklet a 10/2006. (XII. 27.) SZMM rendelet 11. § (1) bekezdésével megállapított szöveg.

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)”

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)