

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

„A”

**Az ellátást igénybe vevő adatai**

Név: .....  
Születési neve: .....  
Anyja neve: .....  
Születési hely, idő: .....  
Lakóhelye: .....  
Tartózkodási helye: .....  
Állampolgársága: .....  
Bevándorolt, letelepedett, menekült jogállása: .....  
Társadalombiztosítási Azonosító Jele:  
.....  
Személyi igazolvány száma: .....  
Közgyógyellátási igazolvány száma: .....

*Tartásra köteles személy*

neve: .....  
lakóhelye: .....  
telefonszáma: .....

*Legközelebbi hozzátartozó (törvényes képviselő)*

neve: .....  
lakóhelye: .....  
telefonszáma: .....  
Az ellátást igénybevevővel egy háztartásban élők száma: .....

**Milyen típusú ellátás igénybevételét kéri?**

**I. Átmeneti** ellátás- időskorúak gondozóháza

**II. Tartós** ápolást-gondozást nyújtó intézmény – idősek otthona

Igényli-e, hogy az elhelyezés a demens ellátottak számára fenntartott lakószobában  
valósuljon meg:\*      igen                              nem

**a)** az elhelyezést az általános szabályok szerint (nem a b) pontban felsorolt körülmények alapján) kéri

**b)** az elhelyezést a gondozási szükségletet megalapozó egyéb körülmények alapján kéri

**ba)** demencia kórkép legalább középsúlyos fokozata

**bb)** az ellátást igénylő egyedül él, nyolcvanadik életévét betöltötte és a települési önkormányzat a gondozási szükséglete ellenére részére házi segítségnyújtást nem biztosít

**bc)** az ellátást igénylő egyedül él, hetvenedik életévét betöltötte és lakóhelye közműves vízellátás vagy közműves villamosenergia-ellátás nélküli ingatlan

**bd)** az ellátást igénylő egyedül él, és vakok személyi járadékában vagy hallási fogyatékosként fogyatékosági támogatásban részesül

**be)** az ellátást igénylő egyedül él, a hallási fogyatékoságon kívüli okból fogyatékosági támogatásban részesül, és az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet (a továbbiakban: ORSZI), illetve jogelődje szakértői bizottságának szakvéleménye, szakhatósági állásfoglalása az önkiszolgálási képességének hiányát állapította meg

**bf)** az ellátást igénylő egyedül él és I. rokkantsági csoportba tartozó rokkantsági nyugdíjban, baleseti rokkantsági nyugdíjban, illetve rokkantsági járadékban részesül

**bg)** az ellátást igénylő egyedül él, munkaképességét 100%-ban elvesztette, illetve legalább 80%-os mértékű egészségkárosodást szenvedett és az ORSZI, illetve jogelődje szakértői bizottságának szakvéleménye, szakhatósági állásfoglalása az önkiszolgálási képességének hiányát állapította meg

### Igénybevételre vonatkozó adatok

#### Átmeneti elhelyezés esetén:

- milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: .....
- milyen időtartamra kéri az elhelyezést: .....
- milyen okból kéri az elhelyezést: .....

#### Tartós ápolást- gondozást nyújtó intézmény esetén:

- milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: .....
- soron kívüli elhelyezést kér-e: 

igen	nem
------	-----
- Ha igen, annak oka: .....

#### Megjegyzések:

➔ 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

➔ Amennyiben az idősothoni 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.

....., 20..... év.....hó.....nap

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

„B”

**Egészségi állapotra vonatkozó adatok**  
(házi orvos, kezelő orvos tölti ki)

Eset történet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan):

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

Teljes diagnózis (részletes felsorolás, BNO kóddal):

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

Prognózis (várható állapotváltozás): .....

Ápolási-gondozási igények: .....

.....

Speciális diétára szorul-e: igen nem

Szenvedélybetegségben szenved -e: igen nem

Pszichiátriai megbetegedésben szenved-e: igen nem

Szenved-e fogyatékoságban: igen nem

Fogyatékoság típusa: hallás látás mozgás értelmi halmozott

Fogyatékoság mértéke: enyhe középsúlyos súlyos

Gyógyszer szedés gyakorisága, várható időtartama, valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre:

.....  
.....

Soron kívüli elhelyezés indokolt:

igen

nem

### Fizikai és egészségi állapot felmérése

<i>Szükséges segítség mértéke</i>	<i>Független</i>	<i>Segédeszköz</i>	<i>Mások segítése</i>	<i>Személy és eszköz segítése</i>	<i>Teljesen függő</i>
Pontszám	0	1	2	3	4
Táplálkozás					
Fürdés					
WC használat					
Mobilitás ágyban					
Járás					
Lépcsőn járás					
Öltözködés					
<b>Összesítés</b>	(pont)				

1. Önellátásra képes (fennjáró): 0-5 pont \*  
(egészségügyi megfigyelést igényel)

\*a megfelelő aláhúzendó

2. Önellátásra részben képes: 6-14 pont  
(egyres tevékenységekhez segítséget igényel)

3. Önellátásra nem képes:

a.) rendszeres segítséget igényel, de közösségbe vihető: 15-23 pont  
(időszakosan ellátásra szorul)

b.) rendszeres segítséget igényel, időszakosan fekvő: 24-27 pont  
(folyamatos ellátásra szorul)

4. Ápolást igényel, ágyban fekvő: 28 pont-  
(24 órás ellátást és folyamatos megfigyelést igényel)

Segédeszközök:  nincs  járókeret  mankó  bot  tolószék  
 szoba WC  egyéb: .....

A házi orvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:

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

Dátum: .....

P.H.

.....  
Orvos aláírása

„C”

I.

**Jövedelemnyilatkozat**

Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó adatok:

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, év, hó, nap: .....

Lakcím: település: ..... utca/házzszám: ..... ir.szám: .....  
(itt azt a lakcímet vagy tartózkodási helyet kell megjelölni, ahol a kérelmező életvitelszerűen tartózkodik)

Telefonszám (nem kötelező megadni):  
.....

Az 1993. évi III. törvény 117/B. §-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 - ebben az esetben a Jövedelemnyilatkozat 1-2. pontját és a „Vagyonynyilatkozat tartós bentlakásos idősothoni ellátás kérelmezése esetén” elnevezésű űrlapot nem kell kitölteni,
- nem.

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, egyszerűsített foglalkoztatásból 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.

Dátum: .....

.....  
Ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő)  
aláírása

