|  |  |
| --- | --- |
|  | **Káldy Zoltán Evangélikus Szeretetotthon**  2730 Albertirsa, Dózsa György út 7.  Telefon/fax: 53/370259 |

Tisztelt Asszonyom/ Uram!

Telefonbeszélgetésünkre hivatkozva mellékelten küldöm a kitöltendő nyomtatványokat.. Idősotthoni elhelyezésre való jogosultságot a 36/2007 SZMM rendelet határozza meg. Összefoglalva az alábbi főbb feltételek egyik teljesülése esetén van lehetőség idősotthoni elhelyezésre:

* 4 órát meghaladó gondozási szükséglettel rendelkezik (3. sz. melléklet a 36/2007 SZMM rendelethez)
* igénylő súlyosfokú demenciában (súlyos szellemi leépülés) szenved, melyről pszichiátriai vagy neurológiai szakvéleménnyel rendelkezik
* egyedül él és a 80. életévét betöltötte
* hallási fogyatékos vagy vakok személyi járadékában részesül
* fogyatékossági támogatásban részesül és az orvosszakértői szerv önkiszolgálási képességének hiányát állapította meg

Az 1. pontban szereplő feltételnek történő megfelelésnek nyomtatványát *-3. számú melléklet a 36/2007 SZMM rendelthez-* mellékelem, melynek a házi orvos által értékelendő szempontokat legyen szíves a háziorvossal kitöltetni, a többi pont esetében a jogosultság fennállását igazolni kell a kiállító hatóság állásfoglalásának, igazolásának másolatával.

3. pont fennállása esetén a *3. számú melléklet a 36/2007 SZMM rendelthez* c. nyomtatványban nem kell értékelni az igénylőt, csak a nyomtatvány végén kell, hogy aláírja a házi orvos.

A mellékelt *1. számú melléklet a 9/1999 SZCSM rendelethez nyomtatványt* is a házi orvossal kell kitöltetni.

A *II. Jövedelemnyilatkozat és III. számú vagyonnyilatkozatot* akkor nem kell kitölteni, csak aláírni, ha nem kívánják, hogy a jövedelem vizsgálatot lefolytassam.

Ha bármi kérdés felmerül, állok rendelkezésére: 06-20-7789676 telefonszámon vagy a [kovacs.zoltan@lutheran.hu](mailto:kovacs.zoltan@lutheran.hu) címen

Albertirsa,

Üdvözlettel:



**Szeretetotthonban szükséges dolgok beköltözéskor**

8 garnitúra alsó és felső ruházat (évszaknak megfelelő, lehetőleg pamut)

8 pár zokni

Tisztálkodó szerek

Törülközők

Lábbelik (papucs+évszaknak)

Köntös

8 Hálóing

1 Kistányér

1 pohár

1 konyharuha

1kanál

**Kisebb utazó táska névvel ellátva**

Aktuálisan szedett gyógyszerek, gyógyszerlista

**Lista a behozott tárgyakról, ugyanis beköltözéskor leltárt készítünk, ezt később a hozzátartozók segítségével pontosítjuk folyamatosan!**

Legyen szíves mindent névvel ellátni a könnyebb azonosíthatóság miatt.

Személyi igazolvány, lakcímkártya, TAJ kártya

Köszönettel:

Káldy Zoltán Evangélikus Szeretetotthon

|  |  |
| --- | --- |
| **Kérelmező adatai** |  |
| Kérelmező családi és utóneve |  |
| Kérelmező születési családi és utóneve |  |
| Kérelmező anyja születési családi és utóneve |  |
| Kérelmező születési helye |  |
| Kérelmező születési ideje |  |
| Kérelmező telefonszáma |  |
| Kérelmező lakóhelye |  |
| Kérelmező tartózkodási helye |  |
| Kérelmező értesítési címe |  |
| Kérelmező állampolgársága |  |
| Kérelmező bevándorolt, letelepedett vagy menekült, hontalan jogállása a szabad mozgás és tartózkodás jogára  vonatkozó adat |  |
| Kérelmező cselekvőképessége |  |
| **Törvényes képviselő adatai** |  |
| Törvényes képviselő neve |  |
| Törvényes képviselő születési neve |  |
| Törvényes képviselő telefonszáma |  |
| Törvényes képviselő lakóhelye |  |
| Törvényes képviselő tartózkodási helye |  |
| Törvényes képviselő értesítési címe |  |
| **Megnevezett hozzátartozó adatai** |  |
| Megnevezett hozzátartozó neve |  |
| Megnevezett hozzátartozó születési neve |  |
| Megnevezett hozzátartozó telefonszáma |  |
| Megnevezett hozzátartozó lakóhelye |  |
| Megnevezett hozzátartozó tartózkodási helye |  |
| Megnevezett hozzátartozó értesítési címe |  |
| Kérelem előterjesztésének időpontja |  |
| Beutaló határozat megküldésének időpontja |  |
| Soron kívüli ellátásra vonatkozó igény |  |
| Előgondozás lefolytatásának időpontja |  |
| Ellátásban részesülő személy TAJ-száma |  |
| Ellátás megkezdésének dátuma |  |
| Ellátás megszüntetésének dátuma |  |
| Ellátás megszüntetésének módja |  |
| Ellátás megszüntetésének oka |  |
| A jogosultsági feltételekre és az azokban bekövetkezett változásokra vonatkozó adatok, különösen a szociális rászorultság fennállása, a rászorultságot megalapozó körülményekre vonatkozó adatok. |  |
| A soron kívüli elhelyezésre vonatkozó döntés |  |
| A férőhely elfoglalásának időpontja |  |
| Közgyógyellátásban részesül-e |  |

Nyilatkozat

Alulírott (született ), büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy elmúltam 80 éves és egyedül élek.

Kérem, hogy ezen feltételek alapján fogadják el jelentkezésemet a Káldy Zoltán Evangélikus Szeretetotthonba (2730 Albertirsa, Dózsa Gy. u. 7.).

Kelt: …………………………………

Tanu: Tanu:

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

Címe: Címe:

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

Aláírás: Aláírás

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

**NYILATKOZAT**

Alulírott:

Lakcím:

hozzájárulok, hogy a jogszabályi rendelkezéseknek megfelelően vezetett dokumentáció céljából, a Káldy Zoltán Evangélikus Szeretetotthon a személyazonosító okmányaimat lefénymásolják.

Továbbá tudomásul veszem, hogy jogszabályban rögzített adatszolgáltatási kötelezettség miatt, a KENYSZI (Központi Elektronikus Nyilvántartás a Szolgáltatást Igénybevevőkről) rendszerbe személyes adataimat rögzítik.

Kijelentem, hogy ezen hozzájárulásomat önkéntesen, a megfelelő tájékoztatás ismeretében tettem meg.

……………………………..

Ellátott aláírása

Előttünk mint tanúk előtt:

Név:…………………………………. Név:…………………………………….

Lakcím:……………………………… Lakcím:…………………………………

Szem. ig. szám……………………...... Szem. ig. szám………………………….

Aláírás:……………………………….. Aláírás……………………………………

(Demens idősek esetén hozzátartozó aláírása.)

**KEGYELETI TISZTESSÉGADÁS**

Alulírott ……………………………………………………. kötelezettséget vállalok arra, hogy az Alberti Evangélikus Szeretetotthon (2730 Albertirsa, Dózsa György út 7.) élő hozzátartozómat:

neve: ……………………………születési helye, ideje: ………………………………………..

majdan bekövetkező halála esetén a végtisztesség gyakorlásával eltemettetem.

Temetés helye ……………………………………………………..

Temetés módja……………………………………………………..

Kötelezettséget vállaló aláírása:………………………………………………….

lakcíme:……………………………………………………………

személyi ig. száma:………………………………………………..

Előttünk, mint tanúk előtt:

1. …………………………………… 2………………………………………………………

Lakcím:…………………………….. Lakcím:………………………………………………..

Személyi ig. száma:………………….. Személyi ig. száma:…………………………….

**SZEMÉLYES JOGNYILATKOZATOT TANÚSÍTÓ OKIRAT**

**a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 94/C.§ szerinti megállapodás megkötéséhez**

**Alulírott:**

név:

születési név:

születési hely, idő:

anyja születési neve:

minden befolyástól mentesen, szellemi képességeim teljes birtokában, szabad akaratomból a jelen okiratba foglalom a **Káldy Zoltán Evangélikus Szeretetotthon, 2730 Albertirsa, Dózsa Gy. u. 7.** **tartós bentlakásos elhelyezés és gondozás** szociális ellátásra vonatkozó Megállapodás megkötéséhez megtett, jogszabályban előírt személyes jognyilatkozatomat.

Jelen okirat aláírásával kijelentem, hogy a jelen okirathoz kapcsolt Megállapodás tartalmát az aláírás előtt teljes körűen megismertem, megértettem és a Megállapodás megkötéséhez előzetesen hozzájárultam.

A jelen okiratba foglalt személyes jognyilatkozatot a jelenlévő tanúk együttes jelenlétében, és előttük saját kezűleg azzal írtam alá, hogy az okirat a személyes jognyilatkozatomat pontosan és helyesen tartalmazza.

Nyilatkozat keltének helye és ideje: .................................................. ……………………...

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nyilatkozattevő sajátkezű aláírása

Előttünk mint tanúk előtt:

Név:…………………………………. Név:…………………………………….

Lakcím:……………………………… Lakcím:…………………………………

Szem. ig. szám……………………...... Szem. ig. szám………………………….

Aláírás:……………………………….. Aláírás……………………………………

(Demens idősek esetén hozzátartozó aláírása.)

***Értékelő adatlap***

*3. számú melléklet a 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelethez[[1]](#footnote-1)*

Személyes adatok

Név:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Születési hely, idő:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lakcím:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Törvényes képviselőjének neve, elérhetősége:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mérőtábla

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tevékenység, funkció | Értékeljen 0-4 pont között (a pontérték a szükséges segítség mértékével emelkedik) | Intézmény- vezető | Orvos |
| Térbeli-időbeni tájékozódás | 0: mindig, mindenkor térben, időben, személyeket illetően tájékozott 1: esetenként segítségre, tájékoztatásra szorul 2: részleges segítségre, tájékoztatásra szorul 3: gyakran tájékozatlan 4: térben-időben tájékozatlan |  |  |
| Helyzetnek megfelelő viselkedés | 0: mindig, mindenkor a helyzetnek megfelelően viselkedik 1: esetenként bonyolultabb helyzetekben segítségre szorul 2: gyakran az adott helyzetnek nem megfelelően viselkedik 3: nem megfelelő viselkedése gyakran kellemetlenséget okoz, reakciója nem kiszámítható - viselkedési kockázat 4: nem képes az adott helyzetnek megfelelően viselkedni |  |  |
| Étkezés | 0: önmagát kiszolgálja, önállóan étkezik 1: felszolgálást igényel, de önállóan étkezik 2: felszolgálást és evőeszköz tisztításához segítséget igényel 3: felszolgálás és elfogyasztáshoz részbeni segítséget igényel 4: teljes segítséget igényel az étel elfogyasztásához |  |  |
| Öltözködés | 0: nem igényel segítséget 1: önállóan végzi, de a megfelelő ruhaneműk kiválasztásához segítséget igényel 2: egyes ruhadarabok felvételében igényel segítséget 3: jelentős segítséget igényel az öltözködésben, megfelelő öltözet kiválasztásában 4: öltöztetés, vetkőzés minden szakaszában segítségre szorul |  |  |
| Tisztálkodás (személyi higiéné biztosítása) | 0: szükségleteit felmérve önállóan végzi 1: szükségleteit felismeri, bizonyos feladatokhoz segítséget igényel 2: szükségleteit felismeri, tisztálkodni csak segítséggel tud 3: részlegesen ismeri fel szükségleteit, segítséget igényel 4: nem ismeri fel szükségleteit, tisztálkodni önállóan nem képes |  |  |
| WC használat | 0: önálló WC használatban, öltözködésben, higiénés feladatait ellátja 1: önállóan használja WC-t, de öltözködésben és vagy higiénés feladatokban ellenőrizni kell 2: önállóan használja WC-t, de öltözködésben és vagy higiénés feladatokban segíteni kell 3: segítséget igényel WC használatban, öltözködésben, higiénés feladatok elvégzéséhez 4: segítséggel sem képes WC használatra, öltözködésre, higiénés feladatok elvégzésére |  |  |
| Kontinencia | 0: vizeletét, székletét tartani képes 1: önállóan pelenkát cserél, elvégzi a higiénés feladatait 2: pelenka cserében, öltözködésben és vagy higiénés feladatokban alkalmanként segítséget igényel 3: rendszeres segítséget igényel pelenka cserében, öltözködésben, higiénés feladatok elvégzésében 4: inkontinens, teljes ellátásra szorul |  |  |
| Kommunikáció  Képes-e megfogalmazni, elmondani a panaszát, megérti-e amit mondanak neki | 0: kifejezőkészsége, beszédértése jó 1: kommunikációban időszakosan segítségre szorul 2: beszédértése, érthetősége megromlott 3: kommunikációra csak segédeszközzel vagy csak metakommunikációra képes 4: kommunikációra nem képes |  |  |
| Terápiakövetés  Rábízható-e az előírt gyógyszerek adagolása, szedése | 0: az orvos utasításait, előírt gyógyszeres terápiát betartja 1: gyógyszerelésben segítséget igényel, utasításokat betartja 2: elrendelt terápiát tartja, segítséggel tudja tartani az utasításokat 3: elrendelt terápiát, utasításokat ellenőrzés mellett tartja 4: gyógyszer bevétele csak gondozói ellenőrzéssel |  |  |
| Helyzetváltoztatás | 0: önállóan 1: önállóan, segédeszköz használatával 2: esetenként segítséggel 3: gyakran segítséggel 4: nem képes |  |  |
| Helyváltoztatás | 0: önállóan 1: segédeszköz önálló használatával 2: segédeszköz használatával, segítséget esetenként igényel 3: segédeszköz használatával, gyakran csak segítséggel 4: nem képes |  |  |
| Életvezetési képesség (felügyelet igénye) | 0: önállóan 1: esetenkénti tanácsadás, részfeladatra betanítható 2: személyes szükségletei ellátásában segítségre szorul 3: személyes szükségletei ellátásában gyakran vagy rendszeresen segítségre szorul, belátási képessége hiányzik 4: állandó 24 órás felügyelet |  |  |
| Látás | 0: jól lát, szemüveg használata nélkül 1: jól lát, szemüveg használatával 2: szemüveg használatára szorul, de elutasítja azt 3: szemüveg használatával sem kielégítő a látása (pl. hályog, érbetegség) 4: nem lát |  |  |
| Hallás | 0: jól hall, átlagos hangerő mellett 1: átlagos hangerő mellett időnkénti hallásproblémái vannak 2: hallókészülék használatára szorul 3: van hallókészüléke, de nem képes használni vagy elutasítja 4: nem hall |  |  |
| Fokozat: | Intézményvezető és az orvos által adott összes pontszám |  |  |

Értékelés

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fokozat | Értékelés | Pontszám | Jellemzők |
| 0. | Tevékenységeit elvégzi | 0-19 | Az egyén a vizsgált tevékenységeket el tudja végezni. A szolgáltatás a szociális és egészségi állapot szinten tartására korlátozódik. |
| I. | Egyes tevékenységekben segítségre szoruló | 20-34 | Az egyén egyes tevékenységekben hetente többször segítségre szorul vagy figyelmet, irányítást igényel. |
| II. | Részleges segítségre szoruló | 35-39 | Az egyén bizonyos tevékenységek elvégzésében napi rendszeres segítségre szorul vagy napi szintű kontrollt igényel. |
| III. | Teljes ellátásra szoruló | 40-56 | Az egyén teljes ellátásra, folyamatos gondozásra, ápolásra szorul, intenzív odafigyelést és gyakori beavatkozást igényel. |

Az irányadó gondozási szükséglet:

0-19: 1 órát el nem érő

20-24 pont: napi 1 óra

25-30 pont: napi 2 óra

31-34 pont: napi 3 óra

35-39 pont: napi 4 óra

40 ponttól: napi 4 órát meghaladó

Az igénylő napi gondozási szükséglete[[2]](#footnote-2):

1 órát el nem érő

1 óra

2 óra

3 óra

4 óra

4 órát meghaladó vagy

a gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól szóló 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet 4. § (1) bekezdés ............... pontja/alpontja szerinti egyéb körülmények állnak fenn.

A vizsgálat eredménye alapján fennálló napi gondozási szükséglet szerint[[3]](#footnote-3):

- szociális segítés

- szociális segítés a gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól szóló 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet 3/A. § (1) bekezdés *b)* pont .........alpontja szerinti egyéb körülmény alapján

- személyi gondozás

- idősotthoni elhelyezés

nyújtható.

Dátum:

..................................................................   
intézményvezető/szakértő

..................................................................   
orvos

A gondozási szükséglet felülvizsgálatát az intézmény fenntartójától lehet kérni.

Felülvizsgálat

Az igénylő napi gondozási szükséglete[[4]](#footnote-4):

1 órát el nem érő

1 óra

2 óra

3 óra

4 óra

4 órát meghaladó vagy

a gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól szóló 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet 4. § (1) bekezdés ............... pontja/alpontja szerinti egyéb körülmények állnak fenn

A vizsgálat eredménye alapján fennálló napi gondozási szükséglet szerint[[5]](#footnote-5):

- szociális segítés

- szociális segítés a gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól szóló 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet 3/A. § (1) bekezdés *b)* pont .........alpontja szerinti egyéb körülmény alapján

- személyi gondozás

- idősotthoni elhelyezés

nyújtható.

Dátum:

..................................................................   
fenntartó képviselője

..................................................................   
orvos

**Kiegészítés az értékelő lap kitöltéséhez**

**A 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet 4. § (1) bekezdés szerinti egyéb körülmények:**

**4. §** (1) Az Szt. 68/A. §-ának (3) bekezdése szerinti, gondozási szükségletet megalapozó egyéb körülmények a következők:

*a)[[6]](#footnote-6)* **a demencia kórkép legalább középsúlyos fokozata, amelyet az orvosszakértői szerv vagy a Pszichiátriai, illetve Neurológiai Szakkollégium által befogadott demencia centrum vagy pszichiáter, neurológus, geriáter szakorvos szakvéleményével igazoltak;**

***b)* az ellátást igénylő egyedül él, és**

***ba)[[7]](#footnote-7)* nyolcvanadik életévét betöltötte, vagy**

***bb)* hetvenedik életévét betöltötte és lakóhelye közműves vízellátás vagy közműves villamosenergia-ellátás nélküli ingatlan, vagy**

***bc)* hallási fogyatékosként fogyatékossági támogatásban vagy vakok személyi járadékában részesül, amit az ellátást megállapító jogerős határozat vagy az ellátás folyósítását igazoló irat másolatával igazoltak, vagy**

***bd)[[8]](#footnote-8)* a *bc)* pont szerinti eseten kívüli okból fogyatékossági támogatásban részesül és az orvosszakértői szerv, illetve jogelődje szakértői bizottságának szakvéleménye, szakhatósági állásfoglalása az önkiszolgálási képességének hiányát állapította meg, amit az érvényes és hatályos szakvélemény, szakhatósági állásfoglalás másolatával igazoltak,**

***be)* I. rokkantsági csoportba tartozó rokkantsági nyugdíjban, baleseti rokkantsági nyugdíjban, illetve rokkantsági járadékban részesül, amit a nyugdíját, járadékot megállapító jogerős határozat, vagy a kérelem benyújtását megelőző havi nyugdíj-folyósítási, járadékfolyósítási csekkszelvény vagy bankszámlakivonat másolatával igazoltak, vagy**

***bf)[[9]](#footnote-9)* munkaképességét 100%-ban elvesztette, illetve legalább 80%-os mértékű egészségkárosodást szenvedett és az orvosszakértői szerv, illetve jogelődje szakértői bizottságának szakvéleménye, szakhatósági állásfoglalása az önkiszolgálási képességének hiányát állapította meg, amit az érvényes és hatályos szakvélemény, szakhatósági állásfoglalás másolatával igazoltak.**

(2)[[10]](#footnote-10) Az életkort személyazonosításra alkalmas igazolvány másolatával kell igazolni. Az (1) bekezdés *bb)* alpontja esetében a közművesítés hiányát a települési önkormányzat jegyzője igazolja.

**Kiegészítés az értékelő lap kitöltéséhez**

**A 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet 3/A. § (1) bekezdés *b)* pont szerinti egyéb körülmények:**

**3/A. §[[11]](#footnote-11)** (1) Az Szt. 63. § (5) bekezdésének alkalmazásában

*a)* személyi gondozás a 3. számú melléklet szerinti I. vagy II. fokozatban indokolt,

*b)* **szociális segítés a 3. számú melléklet szerinti I. vagy II. fokozatban indokolt, valamint 0. fokozatban akkor indokolt, ha az ellátást igénylő**

***ba)* hatvanötödik életévét betöltötte és egyedül él,**

***bb)* hetvenedik életévét betöltötte és lakóhelye közműves vízellátás vagy fűtés nélküli, vagy**

***bc)* hetvenötödik életévét betöltötte.**

***1. számú melléklet a 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelethez***

***I. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS***

**(a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)**

Név (születési név):................................................................................................................

Születési hely, idő: ...........................................................................................................

Lakóhely: ...............................................................................................................................

Társadalombiztosítási Azonosító Jel: ....................................................................................

|  |
| --- |
| **1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás és nappali ellátás (idős, fogyatékos, demens személyek részére) igénybevétele esetén** (házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres 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. fogyatékosság 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. 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 diétára szorul-e:………………………………………………………………… |

………………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| 3.6. szenvedélybetegségben szenved-e:…………………………………………………….. |

|  |
| --- |
| 3.7. pszichiátriai megbetegedésben szenved-e:…………………………………………….. |

………………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| 3.8. fogyatékosságban szenved-e (típusa, mértéke):…………………………………………. |

………………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| 3.9. idősotthoni ellátás esetén demenciában szenved-e:……………………………………. |

………………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| 3.10. gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dátum:** | **Orvos aláírása:** | **P. H.** |

|  |
| --- |
| *(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)* |

***II. JÖVEDELEMNYILATKOZAT***

**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/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 további részét és a „III. Vagyonnyilatkozat” nyomtatványt nem kell kitölteni,

□ **nem**

**Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó jövedelmi adatok:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A jövedelem típusa** | **Nettó összege** | | | | | | |
| 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 igénybe vevő   
(törvényes képviselő) aláírása**

1. Megállapította: 55/2015. (XI. 30.) EMMI rendelet 36. §, 6. melléklet. Hatályos: 2015. XII. 3-tól. [↑](#footnote-ref-1)
2. A megfelelő aláhúzandó [↑](#footnote-ref-2)
3. A megfelelő aláhúzandó, a szociális segítés és a személyi gondozás együttesen is jelölhető [↑](#footnote-ref-3)
4. A megfelelő aláhúzandó [↑](#footnote-ref-4)
5. A megfelelő aláhúzandó, a szociális segítés és a személyi gondozás együttesen is jelölhető [↑](#footnote-ref-5)
6. Módosította: 21/2010. (XII. 30.) NEFMI rendelet 3. § b), 25/2010. (XII. 30.) NEFMI rendelet 7. § a). [↑](#footnote-ref-6)
7. Módosította: 21/2010. (XII. 30.) NEFMI rendelet 4. § a). [↑](#footnote-ref-7)
8. Módosította: 23/2009. (X. 6.) SZMM rendelet 3. § a), 25/2010. (XII. 30.) NEFMI rendelet 7. § b). [↑](#footnote-ref-8)
9. Módosította: 23/2009. (X. 6.) SZMM rendelet 3. § b), 25/2010. (XII. 30.) NEFMI rendelet 7. § b). [↑](#footnote-ref-9)
10. Módosította: 21/2010. (XII. 30.) NEFMI rendelet 4. § b). [↑](#footnote-ref-10)
11. Beiktatta: 55/2015. (XI. 30.) EMMI rendelet 32. §. Hatályos: 2015. XII. 3-tól. [↑](#footnote-ref-11)