

KÉRELEM a Támogató Szolgálat szolgáltatásainak igénybevételéhez

1. Az ellátást igénybe vevő adatai:

Név:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési helye, időpontja:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Állampolgársága:

Magyarországon tartózkodás jogcíme: (megfelelő rész aláhúzandó)

Bevándorolt

Letelepedett

Uniós állampolgár

Menekült

Hontalan

A szabad mozgás és tartózkodás jogára vonatkozó adat:

Cselekvőképesség mértéke: cselekvőképés korlátozottan cselekvőképés cselekvőképtelen

Törvényes képviselő

a) Neve:

Születési neve:

b) Állandó lakhelye:

c) Tartózkodási helye:

d) Telefonszáma:

e) Születési helye, ideje:

Legközelebbi hozzátartozó:

a) Neve:

b) Állandó lakhelye:

c) Tartózkodási helye:

d) Telefonszáma:

A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételére vonatkozó adatok:

Igényelt szolgáltatás: **Támogató szolgáltatás**

Igényelt szolgáltatás:

☐ **személyi segítő szolgáltatás** (esetkezelés, gondozás, háztartási vagy háztartást pótló segítségnyújtás, felügyelet, készségfejlesztés, gyógypedagógiai segítségnyújtás)

☐ **szállító szolgáltatás**

Aszállítás közben igényel-e felügyeletet?

☐ igen

☐ nem

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:

Milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását:

Nyíregyháza, 2020. év hó nap

az ellátást igénybe vevő
(törvényes képviselő) aláírása

I.

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA 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, támogató szolgáltatás igénybevétele esetén		
1.1. krónikus betegségek (kérjük, sorolja fel):		
1.2. fertőző betegségek (kérjük, sorolja fel):		
1.3. fogyatékoság (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. fogyatékoság (típusa, mértéke):		
3.9. demencia:		
3.10. gyógyszeresedés 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)

JÖVEDELEMNYILATKOZAT

Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó személyes adatok:

Név	
Születési név	
Anyja neve	
Születési hely, idő	
Lakóhely	
Tartózkodási hely <i>(itt azt a lakcímet kell megjelölni, ahol a kérelmező életvitelszerűen tartózkodik)</i>	
Telefonszám	

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 - NEM

Az ellátást kérelmező nagykorú személyre vonatkozó jövedelmi adatok:

Jövedelem típusa	Jövedelem nettó összege
Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó jövedelem:	
Társas, és egyéni vállalkozásból, őstermelői, szellemi és más önálló tevékenységből származó jövedelem:	
Táppénz, gyermekgondozási támogatások:	
Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások:	
Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások:	
Egyéb jövedelem:	
Összes jövedelem (Ft/hó)	
Jövedelem 30%-a:	

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:

Ellátott (törvényes képviselő) aláírása

NYILATKOZAT
alapszolgáltatás igénybevételéről

Alulírott _____ (alapszolgáltatást igénylő személy vagy törvényes képviselője) a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről szóló 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelet 18. § értelmében nyilatkozom, hogy kérelmezés időpontjában más szociális alapszolgáltatást

nem veszek igénybe / igénybe veszek. (megfelelő válasz aláhúzendő)

Az alábbi szociális alapszolgáltatásokat veszem igénybe:
(igénybe veszek válasz esetén kitöltendő)

Szolgáltatás típusa	Szolgáltató neve, címe	Igénybevétel kezdete
étkeztetés		
házi segítségnyújtás		
jelzőrendszeres házi segítségnyújtás		
közösségi pszichiátriai ellátás		
szenvedélybetegek közösségi ellátása		
támogató szolgáltatás		
idősek nappali ellátása		
demens nappali ellátás		
fogyatékos személyek nappali ellátása		
pszichiátriai betegek nappali ellátása		
szenvedélybetegek nappali ellátása		

Kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Nyíregyháza, 2020. _____ hó ____ nap

alapszolgáltatást igénylő személy / törvényes képviselő