

## Kérelem a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez

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

### 1. Az ellátást igénybe vevő adatai:

Név:.....  
Születési neve:.....  
Anyja neve:.....  
Születési helye, időpontja:.....  
Lakóhelye:.....  
Tartózkodási helye:.....  
Állampolgársága:..... családi állapota.....  
Cselekvőképesség korlátozása.....  
Törvényes képviselő neve: .....  
lakóhelye: .....  
telefonszáma:.....  
Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása:.....  
Személyi Igazolvány száma: .....  
Társadalombiztosítási Azonosító Jele:.....  
Telefonszáma: .....  
Nyugdíjas törzsszám:.....  
**Háziorvos neve,címe,telefonszáma:**.....

#### Legközelebbi hozzátartozójának

a) neve:.....  
b) lakóhelye:.....  
c) telefonszáma:.....  
d) email címe:.....

Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma:.....

#### Térítési díj fizetését vállaló adatai: ( ha nem a kérelmező fizet)

1. Neve:..... rokonsági fok:.....  
Anyja neve:.....  
Születési hely, idő: .....  
Szem. ig. szám:.....  
Lakcím:.....

2. Neve:..... rokonsági fok:.....  
Anyja neve:.....  
Születési hely, idő: .....  
Szem. ig. szám:.....  
Lakcím:.....

#### Tartására köteles személy (pl.: eltartási szerződés, vagy bíróság által kötelezett)

a) neve:.....  
b) lakóhelye:.....  
Telefonszáma:.....

### 2. A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételére vonatkozó adatok:

#### 2.1. Ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmény esetén:

Milyen időtartamra kéri a szolgáltatás biztosítását:  
határozatlan határozott (annak ideje).....  
Soron kívüli elhelyezést kér-e:  
igen nem  
ha igen, annak oka:

Dátum:

Az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása:

Az Ir. 1. számú melléklet I. része helyébe a következő rendelkezés lép:

„I.

## EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

(a házi orvos, kezelő orvos, vagy kórházi kezelés esetén a kórházi osztályos orvos tölti ki)

Név (születési név):
Születési hely, idő:
Lakóhely:
Társadalombiztosítási Azonosító Jel:
<b>1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás igénybevétele esetén</b>
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:
<b>2. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételére vonatkozóan igazolom, hogy egészségi állapota alapján a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás biztosítása</b>
<b>indokolt <input type="checkbox"/> nem indokolt <input type="checkbox"/></b>
<b>3. Átmeneti elhelyezés (az éjjeli menedékhely kivételével), <u>ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmények, lakóotthon esetén</u></b>
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:		
<b>4. A házi orvos (kezelő orvos) egyéb megjegyzései:</b>		
<b>Dátum:</b>	<b>Orvos aláírása:</b>	<b>P. H.</b>

*(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)''*