**KÉRELEM**

***a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás – nappali ellátás - igénybevételéhez***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Az ellátást kérelmező adatai:**Név:……………………………………………………………………………………….…………………Születési név:…………………………………………………………………………………..……..……Anyja neve:………………………………………………………………………………………….…..….Születési helye, időpontja:………………………………………………………………………………..Lakóhelye:………………………………………………………………………………………………….Tartózkodási helye:………………………………………………………………………………………..Állampolgársága:…………………………………………………………………………………………..Bevándorolt, letelepedett vagy menekült, hontalan jogállása, szabad mozgás és tartózkodás joga:……..………………………………………………………………………………………………….Társadalombiztosítási Azonosító Jele:………………………………………………………………….Személyigazolvány száma:……………………………………………………………………………….**Az ellátást kérelmező cselekvőképes: igen nem****Amennyiben nem, úgy****törvényes képviselőjének:** a) neve:…………………………………………………………………………………………….b) születési neve:……………………………………………..…………………………………..c.) anyja neve:……………………………………………………………………………………..d) születési helye, időpontja:………………………………………………………………..…...e) lakóhelye:…………………………………………………………………………………….…f) tartózkodási helye:……………………………………………………………………………..g) telefonszáma:…………………………………………………………………………………..**a tartására kötelezett személy:**a) neve:…………………………………………………………………………………………….b) születési neve:………………………………………………………………………………….c.) anyja neve:……………………………………………………………………………………..d) születési helye, időpontja:…………………….………………………………………………e) lakóhelye:……………………………………….………………………………………………f) tartózkodási helye:……………………………..………………………………………………g) telefonszáma:…………………………………………………………………………………..**Legközelebbi hozzátartozójának:**a) neve:…………………………………………………………………………………………….b) születési neve:………………………………………………..………………………………..c.) anyja neve:……………………………………………………………………………………..d) születési helye, időpontja:………………………………………………………………….…e) lakóhelye:…………………………………………………………………………………….…f) tartózkodási helye:……………………………………………………………………………..g) telefonszáma:…………………………………………………………………………………..**2. A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételére vonatkozó adatok:** Idősek nappali ellátásának igénybevétele: □Mely időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását (hónap, nap): ………...……………………………Étkeztetést igényel-e:igen □ ebéd normál □ ebéd diétás □nem □ Milyen gyakorisággal kéri az étkeztetést: ………………….… ………………………………………..Egyéb szolgáltatás igénylése: ……………………………….…………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………..Dátum:…………………………  ………………………………………………….. az ellátást kérelmező (törvényes képviselő) aláírása **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. Soron kívüli elhelyezése indokolt: |
|  |  |
| **3. 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: ...............................................................................................................................

 *(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 |  |
| Alkalmi munkavégzésből származó |  |
| Táppénz, gyermekgondozási támogatások |  |
| Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások(Nyugdíjas törzsszám) |  |
| Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások |  |
| Egyéb jövedelem |  |
| Eltartási szerződés | igen nem |
| **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 a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához.

**Dátum: ................................................**

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

|  |
| --- |
| **NYILATKOZAT ALAPSZOLGÁLTATÁS IGÉNYBEVÉTELÉRŐL** |

Alulírott ……………………………………. (ellátást kérelmező vagy törvényes képviselője) nyilatkozom , hogy a Kérelem benyújtásának időpontjában más szociális alapszolgáltatást

igénybe veszek / nem veszek igénybe. *(megfelelő aláhúzandó)*

Az alábbi szociális alapszolgáltatásokat veszem igénybe *(csak a fentiekben bejelölt „igénybe veszek” válasz esetén kitöltendő):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Szolgáltatás típusa** | **Szolgáltató neve / címe** | **Igénybevétel kezdete** |
| szociális étkeztetés |  |  |
| házi segítségnyújtás |  |  |
| jelzőrendszeres házi segítségnyújtás |  |  |
| közösségi ellátások, |  |  |
| támogató szolgáltatás |  |  |
| nappali ellátás |  |  |

Felhívom a figyelmét arra, hogy amennyiben népkonyha, családsegítés, utcai szociális munka, nappali melegedő, falu és tanyagondnoki szolgáltatást, valamint szenvedélybetegek részére nyújtott alacsony küszöbű szolgáltatást vesz igénybe, arról nem kell nyilatkoznia.

Kelt: ………………………………….

……………………………………………..

 Ellátást kérelmező / törvényes képviselő