**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