**Rózsák Völgye Szociális Otthon**

**2687 Bercel Szent István tér 13**

**Kérelem a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez**

**Az ellátást igénybe vevő adatai:**

Név:

Születési neve:

Anyja neve:

 Apja neve:

Születési helye:

Időpontja:

Lakóhelye

 Tartózkodási helye:

 Levelezési cím:

 Állampolgársága:

 Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása:

 Társadalombiztosítási Azonosító Jele ( TAJ szám ):

Személyi igazolvány száma:

Családi állapota:

Nyugdíjas törzsszáma:

Elérhetősége (tel., email):

 Ha van, közgyógyellátási igazolvány száma:

Jogosultság típusa:

Közgyógyellátási igazolvány érvényességi ideje:

Cselekvőképességet érintő gondnokság alatt áll-e: nem igen

 Cselekvőképesség mértéke:

 **Gondnok neve, címe:**

 **Tartására köteles vagy azt vállaló személy:**

 Neve:

 Születési neve:

Születési helye:

 Születési idő:

Anyja neve:

Lakóhelye:

Személy igazolvány száma:

Telefonszáma:

Családi kapcsolata az ellátást kérővel:

 A kérelmező nagykorú gyermekének/ gyermekeinek :

 Név

 Születési név

Lakó /

 tartózkodási hely

 Elérhetősége

Értesítési cím

**Kapcsolattartó neve,címe, elérhetősége:**

A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételére vonatkozó adatok: milyen

Milyen ellátási formát kíván igénybe venni:

-**pszichiátriai ellátás ( 3 hónapnál nem régebbi pszichiátriai szakvéleményt csatolni szükséges)**

- **idősek otthona** Milyen Időtartamra kéri a szolgáltatás biztosítását határozott (annak ideje):

 **Az ellátást igénybevevő/törvényes képviselő aláírása**

*1. melléklet a 27/2010. (XII. 30.) NEFMI rendelethez*

„1. számú melléklet a 9/1999. (XI. 24.) SZCSM rendelethez

**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, idősek nappali ellátása igénybevétele esetén** |
| * 1. krónikus betegségek( kérjük sorolja fel) :
 |
|   |
| 1.2. fertőző betegségek (kérjük sorolja fel) :  |
|  |
| 1.3. fogyatékosság( 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. fogyatékosság (típusa, mértéke):  |
| 3.9. demencia :  |
| 3.10 gyógyszerszedés 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)*



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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  |  |  |
| KommunikációKépes-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  |  |  |
| TerápiakövetésRábízható-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 tevékenységekbensegítségre 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. |

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:

- 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

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:

- 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

**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**

(arovat 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 állami foglalkoztatási szervek által folyósított ellátások |  |
| Egyéb jövedelem |  |
| **Összes jövedelem** |  |

**KISKORÚ IGÉNYBEVEVŐ ESETÉN A CSALÁDBAN ÉLŐKRE VONATKOZÓ(NETTÓ) JÖVEDELMI ADATOK:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **család létszáma****………………fő** | **Munka****viszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó** | **társas és** **egyéni vállalkozás-ból,****őstermelői****szellemi és más önálló tevékenységből származó** | **táppénz****gyermek-****gondozási****támogatások** | **Önkormányzat és állami****foglalkoztatási szervek által folyósított ellátások**  | **Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerrendszeres szociális ellátás** | **egyéb****jöv.**  |
| *Az ellátást igénybe vevő kiskorú* |  |  |  |  |  |  |
| *Közeli**hozzátartozók neve**születési**ideje* | *rokoni**kapcsolatok*  |  |  |  |  |  |  |
| *1)* |  |  |  |  |  |  |  |
| *2)* |  |  |  |  |  |  |  |
| *3)* |  |  |  |  |  |  |  |
| *összesen:*  |  |  |  |  |  |  |  |

*szükség esetén a táblázat sorai bővíthetők*

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 igénybevevő/törvényes képviselő aláírása**

NEM kell a jövedelem és vagyonvizsgálati lapot kitölteni, ha az ellátást igénylő, az ellátott vagy a térítési díjat megfizető más személy írásban vállalja a mindenkori intézményi térítési díjjal azonos személyi térítési díj megfizetését. (1993. évi III. tv 117/B. §. Ebben az esetben a 116. § (1) és (3) bekezdésében, valamint a 117. §-ban és a 117/A. § (1)–(2) bekezdésében foglaltakat nem kell alkalmazni, továbbá nem kell elvégezni a 119/C. §-a szerinti jövedelemvizsgálatot). Amennyiben az ellátásra jogosult tartási vagy öröklési szerződést kötött, a térítési díj fizetésére a tartást és gondozást szerződésben vállaló a kötelezett. Ilyen esetben a személyi térítési díj az intézményi térítési díjjal azonos összegű. ( 29/1993.(II. 17.) Kormány rendelet 2. §. (3)). Ebben az esetben kérjük a tartási/öröklési szerződést csatolni a kérelemhez

**III.**

**VAGYONNYILATKOZAT**

**(tartós bentlakásos intézményi ellátás kérelmezése esetén**

**kell kitölteni)**

**1. A nyilatkozóra 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): .....................................................................................................

**A nyilatkozó vagyona:**

**2. Pénzvagyon**

1. A nyilatkozó rendelkezésére álló készpénz összege: …................................................................... Ft

2. Bankszámlán/fizetési számlán rendelkezésre álló összeg, ideértve a bankszámlán/fizetési számlán lekötött betéteket és a betétszerződés alapján rendelkezésre álló összeget is: …............................... Ft

A számlavezető pénzintézet neve, címe: .................................................................................................................................

3. Takarékbetét-szerződés alapján rendelkezésre álló összeg: …....................................................... Ft

A betétszámlát vezető pénzintézet neve, címe: ……….............................................................................

**Rehabilitációs intézmény és rehabilitációs célú lakóotthon esetén a „3. Ingatlanvagyon”**

**pontot nem kell kitölteni!**

**3. Ingatlanvagyon**

1. Lakástulajdon és lakótelek-tulajdon címe: ...........................................................................................

helyrajzi száma: .................. , a lakás alapterülete: ........ m2, a telek alapterülete: ........ m2, tulajdoni hányad: ..........,

a szerzés ideje: ............ év

Becsült forgalmi érték: ………………………Ft

Haszonélvezeti joggal terhelt: igen/nem *(a megfelelő aláhúzandó)*

2. Üdülőtulajdon és üdülőtelek-tulajdon címe: ..........................................................................................................................

helyrajzi száma: …………, az üdülő alapterülete: ........ m2, a telek alapterülete: ........ m2, tulajdoni hányad:

.........., a szerzés ideje: ............ év

Becsült forgalmi érték: ………………………Ft

3. Egyéb, nem lakás céljára szolgáló épület-(épületrész-)tulajdon megnevezése (zártkerti építmény, műhely,

üzlet, műterem, rendelő, garázs stb.): ................................ címe: ................................................................................................

helyrajzi száma: …………, alapterülete: ........ m2, tulajdoni hányad: .........., a szerzés ideje: ............ év

Becsült forgalmi érték: ………………………Ft

4. Termőföldtulajdon megnevezése: ................................. címe: ................................................................................................

helyrajzi száma: …………, alapterülete: ........ m2, tulajdoni hányad: .........., a szerzés ideje: ............ év

Becsült forgalmi érték: ………………………Ft

5. 18 hónapon belül ingyenesen átruházott ingatlan címe ...................................................................................................

helyrajzi száma: ……......, alapterülete .......... m2, tulajdoni hányad ........, az átruházás ideje ........... év

Becsült forgalmi érték: ………………………Ft

6. Ingatlanhoz kötődő vagyoni értékű jog:

A kapcsolódó ingatlan megnevezése .......................... címe: ......................................................................................................

helyrajzi száma: ……………

A vagyoni értékű jog megnevezése: haszonélvezeti 􀆑, használati 􀆑, földhasználati 􀆑, lakáshasználati 􀆑,

haszonbérleti 􀆑, bérleti 􀆑, jelzálogjog 􀆑, egyéb 􀆑.

Ingatlan becsült forgalmi értéke: ………………………Ft

Kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulok a nyilatkozatban szereplő

adatoknak az eljárásban történő felhasználásához, kezeléséhez.

**Dátum:**………………………..

………………………………………….

**Az ellátást igénybe vevő**

**(törvényes képvisel) aláírása**

*Tartásra köteles hozzátartozó esetén kérjük a háztartás jövedelmét igazoló papírokat szíveskedjenek csatolni.*

*Kérelem beadásához szükséges :*

*- ellátást igénylő személyes dokumentumainak másolata*

*-nyugdíjszelvény másolat*

*-pszichiátriai ellátás igénylése esetén 3 hónapnál nem régebbi pszichiátriai szakvélemény*