



HUMÁN SZOLGÁLTATÓ EGYESÜLET
EZÜSTFENYŐ Idősek és Pszichiátriai Betegek Otthona

Kérelem a személyes gondoskodást nyújtó idők
ÁTMENETI ellátást nyújtó intézményének igénybevételéhez

1. Az ellátást Kérelmező / Igénybevevő adatai:			
Neve:			
Születési neve:			
Anyja neve:			
Születési hely, idő:			
TAJ:		Állampolgárság a:	
Lakóhelye:			
Tartózkodási helye:			
Értesítési címe:			
1.1. A térítési díjat Fizető (Hozzá tartozó / Törvényes képviselő) adatai:			
Neve:		Szül. neve:	
Szül. hely, idő:		Anyja neve:	
Lakóhelye:			
Tartózkodási helye:			
Értesítési címe:			
Telefon, e-mail:			
1.2. Kérelmező nagykorú gyermekének adatai:			
Neve:		Szül. neve:	
Lakcíme:			
Tartózkodási helye:			
Értesítési címe:			
Telefon, e-mail:			
2.1. Átmeneti elhelyezést nyújtó otthon			
Mikortól kéri a szolgáltatás biztosítását:			
Mennyi időre kéri az elhelyezést:			
2.2. Az igényelt ellátás adatai:			
Milyen okból kéri az elhelyezést*:			

egészségi állapot	szociális helyzet	önellátási képesség megváltozása

***: a megfelelő aláhúzendő**

A személyi térítési díjra, költőpénzre és gyógyszer számla fizetésére vonatkozó nyilatkozat

1.

- ☐ Alulírott **Fizető** vállalom, hogy **Igénylő** részére az Szt.117/B.§-a a szerint a mindenkori **intézményi térítési díjjal azonos személyi térítési díjat**, továbbá az alap gyógyszerlistában nem szereplő **gyógyszerek és testközeli gyógyászati segédeszközök (pelenka) térítési díját megfizetem.**

2.

- ☐ Alulírott **Törvényes képviselő** vállalom, hogy a gondnokoltam (**Igénylő**) részére az Szt.117/B.§-a szerint a mindenkori **intézményi térítési díjjal azonos személyi térítési díjat**, továbbá az alap gyógyszerlistában nem szereplő **gyógyszerek és testközeli gyógyászati segédeszközök (pelenka) térítési díját megfizetem.**
- ☐ Alulírott **Törvényes képviselő** tudomásul veszem, hogy amennyiben az Ellátott cselekvőképessége részlegesen vagy teljesen korlátozó, ebben az esetben a 29/1993(II.17.) Korm. rendelet 27.§-a értelmében az Szt. 117/A.§ (1) bek. szerinti költőpénzt minden hónapban biztosítom a gondnokolt Ellátott személyes szükségleteire.

Alulírott kérelmező büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy semmilyen fertőző betegségben (TBC, MRSA, Hepatits C, HIV, stb.) nem szenvedek. Az intézménybe való beköltözésemnek fertőző betegség nem akadály.

Alulírottak aláírásunkkal igazoljuk, hogy az ellátás igénybe vételének feltételeiről, az intézménnyel kötendő megállapodás és a házirend tartalmáról, az előgondozás időpontjáról, a térítési díj várható mértékéről a tájékoztatást megkaptuk.

Kelt: év hó nap

Az Ellátást Igénylő aláírása

Törvényes képviselő aláírása

Fizető aláírása

II. JÖVEDELEMNYILATKOZAT

Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó személyes adatok:

Név:

Születési név:

Anyja neve:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

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. Vagyonynyilatkozat” 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 munkaügyi szervek által folyósított ellátások

Egyéb jövedelem

Összes jövedelem

Kiskorú igénybe vevő esetén a családban élőkre vonatkozó (nettó) jövedelmi adatok:

A család létszáma:	Munka- viszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, szellemi és más önálló tevékeny- ségből származó	Táppénz, gyermek- gondozási támogatások	Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások	Egyéb jöve- delem
..... fő						

Az ellátást igénybe vevő kiskorú

A közeli
hozzátartozók neve,
születési ideje

Rokoni
kapcsolat

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 igénybe vevő
(törvényes képviselő) aláírása

III. VAGYONNYILATKOZAT

(tartós bentlakásos intézményi ellátás kérelmezése esetén kell kitölteni)

Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó személyes adatok:

Név:

Születési név:

Anyja neve:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

Az Ellátást Igénylő 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 aláhúzendő)

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: hasznélvezeti ☐, 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 képviselő) aláírása



Egészségi állapotra vonatkozó igazolás (a háziorvos, kezelőorvos tölti ki) A 9/1999. (XI.24.) SzCsM rendelet 1. számú mellékletének kivonata

Kérjük, hogy a beteget **receptekkel** (gyógyszer, inkontinencia-termék), valamint a **külön támogatással rendelhető gyógyszerekről** szakorvosi javaslattal ellátni szíveskedjen.

Név: (születési név)			TAJ :	
Szül. hely, idő:		Lakóhely :		
3. Átmeneti elhelyezés (az éjjeli menedékhely kivételével) <u>ápolást-gondozást nyújtó</u> rehabilitációs <u>intézmények</u> , lakóotthon <u>esetén</u>				
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 diétára szorul-e	Igen epés, cukros, pépes	Nem
3.6. Szenvedélybetegségben szenved-e:	Igen,	Nem
3.7. Pszichiátriai megbetegedésben szenved-e: sszszenved-eszenved-e:	Igen,	Nem
3.8. Fogytékosságban szenved-e (típusa, mértéke):		
Igen Nem		
3.9. Idősotthoni ellátás esetén demenciában szenved-e:	Igen,	Nem
3.10. Gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre:		
3.11. Szenved-e v.milyen fertőző betegségben (TBC, Hepatitis C, HIV, MRSA): Igen,		Nem
4. A házi orvos/kezelő orvos egyéb megjegyzései:		

Kelt

:

Orvos aláírása

P.H.