

Kérelem a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez „A”

1. Az ellátás igénybe vevő adatai:

Név:.....
Születési név:.....
Anyja neve:.....
Születési helye, időpontja:.....
Lakóhelye:.....
Tartózkodási helye:.....
Állampolgársága:.....
Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása:.....
Társadalombiztosítási Azonosító Jele:.....

Tartására köteles személy:

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

Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)

a) neve:.....
b) lakóhelye:.....
c) telefonszáma:.....

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

A kérelem beadásával egyidejűleg nyilatkozom, hogy a megadott adatok valósak és érvényesek

2. Milyen típusú ellátást igénybevételét kéri:

étkeztetés
házi segítségnyújtás
jelzőrendszeres házi segítségnyújtás

nappali ellátás
- idősek nappali ellátása
- fogyatékosok nappali ellátása

3. A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételére vonatkozó adatok:

3.1. Étkeztetés

milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:.....
milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását:.....
az étkeztetés módja
- helyben fogyasztás
- elvitellel
- kiszállítással
- diétás étkeztetés

3.2. Házi segítségnyújtás

milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:.....

milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását:.....

milyen típusú segítséget igényel:

- segítség a napi tevékenység ellátásában
- bevásárlás, gyógyszerbeszerzés
- személyes gondozás
- egyéb.....

3.3. Nappali ellátás

milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:.....

egyéb szolgáltatás igénylése:.....

Megjegyzések:

Házi segítségnyújtás igénybevételére irányuló kérelem esetén - ha az elhelyezést az általános szabályok szerint kéri - a gondozási szükséglet vizsgálata során be kell mutatni a gondozási szükséglet megítélését szolgáló, rendelkezésre álló leleteket és szakvélemények másolatát.

Dátum:.....

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

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

(a házi orvos, 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 igénybevétele esetén		
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:		
2. jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételére vonatkozóan igazolom, hogy egészségi állapota alapján a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás biztosítása		
indokolt <input type="checkbox"/> nem indokolt <input type="checkbox"/>		
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 fogyatékoság (típusa, mértéke)		
3.9 demencia:		
3.10. gyógyszeresedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges, stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek:		
4. A házi orvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:		
Dátum:	Orvos aláírása:	P.H.

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)

Nyilatkozat

(jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételéhez)

Alulírottszül. név:

Szül. h.i....., anj.n.....

(város, község, falu),.....utca.....szám

alatti lakos anyagi és büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy családi állapotom

özvegy, elvált, hajadon, nőtlen*.

*A megfelelő részt kérjük aláhúzni.

.....

.....

Nyilatkozó aláírása

Nyilatkozat

(jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételéhez)

Alulírottszül. név:

Szül. h.i....., anj.n.....

(város, község, falu),.....utca.....szám

alatti lakos anyagi és büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy egyedül élek..

.....

.....

Nyilatkozó aláírása

BODROGKÖZI TÖBBCÉLÚ KISTÉRSÉGI TÁRSULÁS
Szociális Szolgáltató Központ



3973 Cigánd, Fő utca 90.
Tel.: 47/534-440
e-mail: btktak@gmail.com
www.btktszoc.hu



NYILATKOZAT ADATKEZELÉSHEZ

Alulírott, _____ kijelentem, hogy az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény által biztosított adatkezeléshez történő hozzájárulási jogomról, valamint a szolgáltatás igénybevételével járó adat-nyilvántartási kötelezettségről tájékoztatásban részesültem.

Aláírással, **önkéntesen hozzájárulok / nem járulok hozzá**, hogy _____ (szolgáltató neve, címe), a személyes adataimról a nyilvántartást vezesse, hivatalos megkeresés esetén azokról adatot szolgáltatson, az együttműködés során tudomására jutott különleges adataimat a mindenkori hatályos jogszabályokban előírtak szerint kezelje.

_____, 20 _____ hó _____ nap

aláírás

SZOLGÁLTATÁSI ADATLAP

Kérjük az adatlapot nyomtatott nagybetűkkel kitölteni!

ÜGYFÉL-AZONOSÍTÓ:

SZERZŐDÉS-AZONOSÍTÓ:

ESZKÖZ-AZONOSÍTÓ:

SZEMÉLYES ADATOK:

Név:

Becenév:

Születési név:

TAJ szám:

Anyja neve:

Állampolgárság:

Születési hely:

Születési idő:

Irányítószám:

Város:

Utca, házsám:

Emelet, ajtó:

Vezetékes szám:

Mobil szám:

EGÉSZSÉGÜGYI INFORMÁCIÓK:

Milyen betegségei vannak:

Milyen gyógyszereket szed és/vagy milyen gyógyászati eszközöket használ:

Gyógyszerérzékenység, egyéb allergia:

Kezelőorvosa neve:

Telefonszám:

Telefon 2/3: - / -

Megjegyzés:

ÉRTESÍTENDŐ HOZZÁTARTOZÓK (név, cím, telefonszám, kapcsolat típus pl: szomszéd, testvér, stb.):

1.

2.-

3.-

4.-

Lakásba bejutásakadályai lehetőségei (pl. kutya, rácsos kapu, kulcs a szomszédnál stb.):