

Kérelem a Támogató Szolgálat szolgáltatásainak igénybevételéhez

1. Az ellátást igénybe vevő adatai:
Családi és utóneve
Születési családi és utóneve
Anyja születési családi és utóneve neve:
Születési helye, időpont:
Lakóhelye:
Tartózkodási helye:
Állampolgársága:
Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása:
Társadalombiztosítási Azonosító Jele:
Tartására köteles személy
a) neve:
b) lakóhelye:
c) telefonszáma:
Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)
a) neve:
b) lakóhelye:
c) telefonszáma:
Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma:

2. Támogató szolgáltatás igénybevétele:
Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:
Milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását:
Milyen típusú segítséget igényel:
Szállító szolgáltatás
Személyi segítő szolgáltatás

Dátum:, 20.....

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

Törvényes Képviselő, Gondnok 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, <u>támogató szolgáltatás</u> 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 állaputra 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)

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 (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 állami foglalkoztatási szervek által folyósított ellátások	
Egyéb jövedelem	
Összes jövedelem	

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

A család létszáma: fő	Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó jövedelem	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, szellemi és más önálló tevékenységből származó	Táppénz, gyermek- gondozási támogatások	Önkormányzat és állami foglalkoztatási szervek által folyósított ellátások	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások	Egyéb jöve- delem
<u>Az ellátást igénybe vevő kiskorú</u>						
A közeli hozzátartozók neve	[Hozzáértékelés]					
Születési ideje						
Rokoni kapcsolat						
Összesen:						

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**