



Drávamenti Alapszolgáltatási Központ
7555. Csokonyavisonta, Xantus u. 45.
Tel.: 82/475-010
e-mail.: dravamentialapszolg@gmail.com

Kérelem

1. Az ellátást igénybe vevő adatai:

Név:
Születési neve:
Anyja neve:
Születési helye, időpontja:
Tartási, életjáradéki szerződést kötött-e? Igen Nem (Kérjük a megfelelőt aláhúzni!)

Tartására köteles személy

Neve:
Születési neve:
Anyja neve:
Születési helye, időpontja:
Telefonszáma:

Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)

Neve:
Születési neve:
Anyja neve:
Születési helye, időpontja:
Telefonszáma:

Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma:

2. Milyen típusú ellátás igénybevételét kéri

Ápolást-gondozást nyújtó intézmény idősek otthona

Az elhelyezést az általános szabályok szerint (nem a gondozási szükségletet megalapozó egyéb körülmények alapján kéri ☐

Az elhelyezést a gondozási szükségletet megalapozó egyéb körülmények alapján kéri ☐

a) demencia kórkép legalább középsúlyos fokozata, amelyet az orvosszakértői szerv, vagy a Pszichiátriai, illetve Neurológiai Szakkollégium által befogadott demencia centrum, vagy pszichiáter, neurológus, geriáter szakorvos szakvéleményével igazoltak ☐

b) az ellátást igénylő egyedül él, és ☐

ba) nyolcvanadik életévét betöltötte, vagy ☐

bb) hetvenedik életévét betöltötte és lakóhelye közműves vízellátás vagy közműves villamosenergia-ellátás nélküli ingatlan, vagy ☐

bc) hallási fogyatékosként fogyatékosági támogatásban vagy vakok személyi járadékában részesül, amit az ellátást megállapító jogerős határozat vagy az ellátás folyósítását igazoló irat másolatával igazoltak, vagy ☐

bd) a bc) pont szerinti eseten kívüli okból fogyatékosági támogatásban részesül és az orvosszakértői szerv, illetve jogelődje szakértői bizottságának szakvéleménye, szakhatósági állásfoglalása az önkiszolgálási képességének hiányát állapította meg, amit az érvényes és hatályos szakvélemény, szakhatósági állásfoglalás másolatával igazoltak ☐

be) a komplex minősítésre vonatkozó részletes szabályokról szóló 7/2012.(II.14) NEFMI rendelet 3. § (2) bekezdés f) pontja szerinti E minősítési kategóriába tartozó rokkantsági ellátásban részesül, vagy rokkantsági járadékban részesül, amit az ellátást, járadékot megállapító jogerős határozat és a kérelem benyújtását megelőző havi nyugdíj-folyósítási, járadékfolyósítási csekkszelvény vagy bankszámlakivonat másolatával igazoltak, vagy ☐

bf) munkaképességét 100 %-ban elvesztette, vagy legalább 70%-os mértékű egészségkárosodást szenvedett és önellátásra nem, vagy csak segítséggel képes, amit az orvosszakértői szerv, a rehabilitációs szakértői szerv vagy a rehabilitációs hatóság illetve jogelődje érvényes és hatályos szakvéleményének, szakhatósági állásfoglalásának, határozatának másolatával, hatósági bizonyítványával igazoltak. ☐

3. A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételére vonatkozó adatok

Ápolást-gondozást nyújtó intézmény

milyen időtartamra kéri a szolgáltatás biztosítását:

határozott (annak ideje)

☐

határozatlan

☐

oron kívüli elhelyezést kér-e:

☐

ha igen, annak oka:

Megjegyzések

Idősek otthona 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 leletek és szakvélemények másolatát.

Amennyiben az időotthoni ellátást a gondozási szükségletet megalapozó egyéb körülmények alapján kéri, a körülmények igazolásához a gondozási szükséglet vizsgálata során az alábbi dokumentumokat kell bemutatni:

ba) alpont esetén: személyazonosításra alkalmas igazolvány másolata

bc) alpont esetén: személyazonosításra alkalmas igazolvány másolata és a települési önkormányzat jegyzőjének igazolása a közművesítés hiányáról,

Nyilatkozom, 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.

Kijelentem, hogy a kérelem benyújtásakor az általam igényelt szociális ellátásról, annak feltételeiről szóló tájékoztatást megkaptam.

Hozzájárulok, hogy a Drávamenti Alapszolgáltatási Központ személyes adataimról a nyilvántartásokat vezesse, azokat 226/2006. (XI. 20.) Korm. rendeletben szabályozott országos igénybevevői nyilvántartásban a megállapodás megkötésével egyidejűleg rögzítse, hivatalos megkeresés esetén azokról adatot szolgáltatson, az együttműködés során tudomására jutott különleges adataimat a mindenkor hatályos jogszabályokban előírtak szerint kezelje.

Hozzájárulok, hogy házi orvosom (kezelő orvosom) az egészségi állapotomról a szociális ellátás igénybevételei eljárás során adatot szolgáltatson.

Aláírással igazolom, hogy ezen kérelem kitöltésekor tájékoztatást kaptam a megállapodás tartalmi elemeiről és a várható térítési díj mértékéről.

Dátum:.....

.....

Az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása

A kérelemhez mellékelni kell:

- Az utolsó éves nyugdíjösszesítőjét, illetve egyéb jövedelméről szóló igazolást,
- Születési anyakönyvi kivonat, házassági anyakönyvi kivonat, válásról szóló bírósági határozat, házastárs halotti anyakönyvi kivonata,
- Cselekvőképességet kizáró, illetve korlátozó gondnokság esetén a bírósági határozatot,
- Ideiglenes gondnokság esetén a gyámhivatal beleegyező határozatát,
- Személyi igazolvány, lakcímkártya, TAJ kártya fénymásolatát,
- Zárójelentések, szakvélemények fénymásolatát

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

(a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)

Név (születési név):

Születési hely, idő:

Anyja neve:.....

Ápolást-gondozást nyújtó intézmények esetén

1. esettörténet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan):

.....

.....

.....

2. teljes diagnózis (részletes felsorolással, BNO kóddal):

.....

.....

.....

3. prognózis (várható állapotváltozás):

.....

.....

.....

4. ápolási-gondozási igények:

.....

.....

.....

5. speciális diéta:.....

6. szenvedélybetegség:.....

7. pszichiátriai megbetegedés:.....

8. fogyatékoságban (típusa, mértéke):.....

9. demencia:

10. gyógyszereszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek :

.....

.....

.....

A háziorvos (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:

Telefonszám:

Az 1993. évi III. törvény 117/B. § - a szerint a mindenkor 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 tevékenységből származó	Táppénz, gyermek- gondozási támogatások	Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások	Egyéb jövedelem	
Az ellátást igénybe vevő kiskorú							

A közeli hozzátartozók neve, születési ideje	Rokoni kapcsolat	
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
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)

1. A nyilatkozóra vonatkozó személyes adatok:

Név:
Születési név:
Anyja neve:
Születési hely, idő:
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 aláhúzendó)
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:
4. Termőföld tulajdon megnevezése: címe: helyrajzi száma: alapterülete: m², tulajdoni hányad:, a szerzés ideje: év
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 képviselő) aláírása**

Megjegyzés:

Ha a nyilatkozó vagy kiskorú igénybe vevő esetén családtagja bármely vagyontárgyból egynél többel rendelkezik, akkor a vagyonyilatkozat megfelelő pontját a vagyontárgyak számával egyezően kell kitölteni. Amennyiben a vagyonyilatkozatban feltüntetett vagyon nem Magyarország területén van, a forgalmi értéket a vagyon helye szerinti állam hivatalos pénznemében is fel kell tüntetni.