

**Kérelem a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez
Idősek nappali ellátása**

A

(A formanyomtatvány az igényelt szociális ellátás típusának megfelelő adatok figyelembevételével töltendő ki.)

1. Az ellátást igénybe vevő adatai:

Név:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési helye, időpontja:

Kijelentem, hogy érvényes tartási, öröklési vagy életjáradéki szerződéssel:

☐ rendelkezem

☐ nem rendelkezem

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. A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételére vonatkozó adatok

2.5. Nappali ellátás

milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:

étkeztetést igényel-e: ☐ igen (normál ☐ diétás ☐)

☐ nem

milyen gyakorisággal kéri az étkeztetést:

egyéb szolgáltatás igénylése:

3. 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 szolgáltatasson, az együttműködés során tudomására jutott különleges adataimat a mindenkor hatályos jogszabályokban előírtak szerint kezelje.

Hozzájárulok, hogy háziorvosom (kezelőorvosom) az egészségi állapotomról a szociális ellátás igénybevételi eljárás során adatot szolgáltatasson.

Dátum:

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

**I.
EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS**

(a háziorvos, kezelőorvos, vagy kórházi kezelés esetén a kórházi osztályos orvos tölti ki)

Név (születési név):

Születési hely, idő:

Anyja neve:

1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás, idősek nappali ellátás 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 ☐ **nem indokolt** ☐

4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:

Dátum: **Orvos aláírása:**
(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)

P. H.

II.

JÖVEDELEMNYILATKOZAT

Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó személyes adatok:

Név:

Születési név:

Anyja neve:

Születési hely, idő:

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

☐ 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	

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**