

## Kérelem a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez

NÉV:.....

Lakcím:.....

Társadalombiztosítási azonosító jel:.....

Telefonszám:.....

Állampolgárság: magyar  .....

Állampolgársági jogállás: Magyarországon élő magyar állampolgár   
.....

### A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételére vonatkozó adatok:

Étkeztetés

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

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

az étkeztetés módja: helyben fogyasztás   
elvitellel   
kiszállítással   
diétás étkeztetés

Házi segítségnyújtás

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

Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevétele

Idősek Nappali ellátása, demens személyek nappali ellátása

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

### Tartására köteles személy tartási – öröklési szerződés esetén

a) neve: ..... telefonszám :

b) lakóhelye: .....

Gondnokság alatt áll: IGEN:  NEM:

Amennyiben *igen*, cselekvőképesség korlátozásának mértéke:

részlegesen korlátozott  teljesen korlátozott

### Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)

a) neve: ..... telefonszám :

b) lakóhelye: .....

## 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	
<b>Összes jövedelem</b>	

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) aláírás**

## I. 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, idősek nappali ellátása 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**

### 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:

<b>4. A házi orvos (kezelő orvos) egyéb megjegyzései:</b>		
<b>Dátum:</b>	<b>Orvos aláírása:</b>	<b>P. H.</b>
<i>(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)</i>		

## ÉRINTETT TERMÉSZETES SZEMÉLY HOZZÁJÁRULÁSA AZ ADATVÉDELMI TÁJÉKOZTATÓBAN FOGLALT ADATOK KEZELÉSÉHEZ

Alulírott ..... (név)  
..... (lakcím)  
..... (anyja neve)

az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 rendelete (GDPR) alapján készült **Adatvédelmi Tájékoztatót** megismertem és megértettem, az abban foglalt adatok kezeléséhez önkéntes, konkrét, tájékoztatáson alapuló, külső befolyástól mentes egyértelmű hozzájárulásomat adom a következő adatkezelő/adatfeldolgozó számára:

**Kistérségi Egyesített Szociális Intézmény**

9200 Mosonmagyaróvár, Soproni u. 65.

adószám: 15367637-2-08

tel: 06-96-566-260

**Az érintett adatok tárolásának időtartama:** visszavonásig, illetve a jogszabályi előírásoknak megfelelő ideig

**Hozzájárulás tárgyában érintett adatok:**

- Az Adatvédelmi tájékoztatóban foglalt adatok.

**Az adatkezelés célja:** szociális szolgáltatás nyújtása

Amennyiben bármilyen kérése vagy kérdése van az adatkezeléssel kapcsolatban, kérelmét postai úton a Kistérségi Egyesített Szociális Intézmény, 9200 Mosonmagyaróvár, Soproni u. 65. címre vagy elektronikusan az ellenor@szocmkt.hu címre küldheti. Válaszainkat késedelem nélkül, de legfeljebb 30 napon belül küldjük az Ön által meghatározott címre.

Kelt: Mosonmagyaróvár,

.....  
érintett természetes személy/törvényes képviselője  
aláírása