

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: elvitellel
kiszállítással
diétás étkeztetés

Házi segítségnyújtás

milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:

Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevétele

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:

Térítési díjat készpénzzel

átutalással kívánom fizetni.

Az átutaláshoz az e-mail cím:

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	

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**

:

Nyilatkozat

Alulírott **szül.név.** szül.hely,
idő:.....**an:**.....,
lakcím:.....,
mint szolgáltatást igénybevevő / térítési díjat megfizető más személy (törvényes képviselő)
nyilatkozom, hogy a **KESZI. Alapszolgáltatási Centrum 9200 Mosonmagyaróvár, Zichy Mihály u. 5., mint** szolgáltatótól **Étkeztetés, Házi segítségnyújtás, Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás**, szolgáltatás után a mindenkori intézményi térítési díjjal azonos személyi térítési díjának megfizetését **2024.- 2025. 03 31.-ig** egy év időtartamra vállalom.

A nyilatkozattal érintett szolgáltatást igénybevevő adatai:

Neve:

Születési hely, idő:

Anyja születési neve:

Lakcíme:

Tudomásul veszem, hogy amennyiben a jelen nyilatkozatban meghatározott időtartam meghosszabbítására nem kerül sor, a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvények (továbbiakban Szt.) a személyi térítési díj megállapítására vonatkozó általános szabályait kell alkalmazni.

Tudomásul veszem, hogy az Szt. 116. § (1) és (3) bekezdésében, valamint a 117. § (2) bekezdésében foglalt jövedelemkorlátot a nyilatkozatom alapján nem kell alkalmazni, továbbá nem kell elvégezni az Szt. 119/C. §-a szerinti jövedelemvizsgálatot.

Tudomásul veszem továbbá, hogy a mindenkori intézményi térítési díjjal azonos személyi térítési díj megfizetése a szolgáltatás igénybevétele szempontjából előnyt nem keletkeztet.

Mosonmagyaróvár, 2024.....

.....
nyilatkozó aláírása

I. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

(a házi orvos, kezelő orvos, 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

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:

4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:

Dátum:

Orvos aláírása:

P. H.

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)

ÉRINTETT TERMÉSZETES SZEMÉLY HOZZÁJÁRULÁSA AZ ADATVÉDELMI TÁJÉKOZTATÓBAN FOGLALT ADATOK KEZELÉSÉHEZ

Alulírott (név)
..... (lakcím)
..... (anya 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.

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

ÉRINTETT TERMÉSZETES SZEMÉLY HOZZÁJÁRULÁSA AZ ADATVÉDELMI TÁJÉKOZTATÓBAN FOGLALT ADATOK KEZELÉSÉHEZ

A nyilatkozat aláírásával hozzájárulok ahhoz, hogy a jelen nyilatkozaton szereplő, a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás során szükséges személyes és szenzitív adataimat, a Kistérségi Egyesített Szociális Intézmény, kezelje, arról célhoz kötötten nyilvántartást vezessen, továbbá a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás során szükséges adatokat SOS Központ Kft-nek további kezelésre átadja.

Az adatkezelés a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK rendelet hatályon kívül helyezéséről szóló (EU) 2016/679 európai parlamenti és tanácsi rendelet (a továbbiakban: GDPR) 6. cikke (1) bekezdésének a) pontja, valamint az információbiztonságról szóló 2011. évi CXII. törvény 5. § (1) bekezdés b) pontja értelmében az érintett hozzájárulásán alapul.

Kijelentem, hogy a nyilatkozathoz mellékelt adatkezelési tájékoztatóban foglaltakat elolvastam és azokat tudomásul vettem.

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