KÖRÖS-MENTI INTEGRÁLT SZOCIÁLIS INTÉZMÉNY BÉKÉS VÁRMEGYE

Levélcím: 5800 Mezőkovácsháza, Tanya 36.

Telefonszám: 68/381-386; +36 20/318-43-36

E-mail cím: titkarsag@korosmentiotthon.hu

KÉRELEM
A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez

1.) **<u>Az ellátást igénybe vevő adatai:</u>**

Név: _____

Születési neve: _____

Anyja neve: _____

Apja neve: _____

Születési helye, időpontja: _____

Lakóhelye: _____

Tartózkodási helye: _____

Telefonszám: _____

Állampolgársága: _____

Személyi igazolvány száma: _____

Lakcímbejelentő igazolvány száma: _____

Nyugdíjtörzsszám: _____

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: _____

Adóazonosító jele: _____

Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)

a) Neve: _____

b) Lakóhelye: _____

c) Telefonszáma: _____

Gondnokság foka: _____

2.) Milyen típusú ellátás igénybevételét kéri:

Ápolást-gondozást nyújtó intézmény - Mezőkovácsháza ☐
Pszichiátriai betegek otthona

Ápolást-gondozást nyújtó intézmény - Elek ☐
Pszichiátriai betegek otthona

Lakóotthon - Elek ☐
Pszichiátriai betegek rehabilitációs lakóotthoni ellátása

☐
Lakóotthon - Magyarbánhegyes
Fogyatékos személyek ápoló-gondozó célú lakóotthona

Alapszolgáltatási központ - Magyarbánhegyes
- Fogyatékos nappali ellátás ☐
- Étkeztetés ☐
- Házi segítségnyújtás ☐
- Támogató szolgálat ☐
- Támogatott Lakhatás - Magyarbánhegyes ☐
  Medgyesegyháza ☐

Alapszolgáltatási központ - Mezőkovácsháza
- Fogyatékos nappali ellátás ☐
- Étkeztetés ☐
- Házi segítségnyújtás ☐
- Támogató szolgálat ☐
- Támogatott Lakhatás - Mezőkovácsháza ☐

Alapszolgáltatási központ - Elek
- Pszichiátriai betegek nappali ellátás ☐
- Étkeztetés ☐
- Házi segítségnyújtás ☐
- Támogatott Lakhatás - Elek ☐

Pszichiátriai betegek közösségi ellátása – Elek ☐

3.) A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételére vonatkozó adatok:

Ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmény
soron kívüli elhelyezést kér-e: ☐
ha igen, annak oka: _____ _____
_____ _____

Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak az eljárás során történő felhasználásához, a Központi Nyilvántartási Rendszerben történő adatok rögzítéséhez illetve a Szociális Integrált Adatkezelő rendszerben való rögzítéséhez.

Mezőkovácsháza, 20___. _____ hó _____ nap

_____ _____

Az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása **az űrlapot kitöltő személy aláírása**

.EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

(a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)

1. Adatok:

Név (születési név): _____

Születési hely, idő: _____

Lakóhelye: _____

Társadalombiztosítási Azonosító Jel: _____

2. Átmeneti elhelyezés (az éjjeli menedékhely kivételével), ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmények, lakóotthon esetén:

2.1. esettörténet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan):

_____

_____

_____

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

_____

_____

_____

2.3. prognózis (várható állapotváltozás):

_____

_____

_____

2.4. ápolási-gondozási igények:

_____

_____

_____

2.5. speciális diétára szorul-e: _____

2.6. szenvedélybetegségben szenved-e: _____

2.7. pszichiátriai megbetegedésben szenved-e: _____

2.8. fogyatékosságban szenved-e (típusa, mértéke): _____

2.9. idősotthoni ellátás esetén demenciában szenved-e: _____

2.10. gyógyszerszedés gyakorisága: _____

várható időtartama: végleges

időleges: _____

gyógyszerérzékenység: _____

valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre:

_____

_____

3. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:

_____

_____

_____

4. Az intézményi elhelyezéshez szükséges egyéb vizsgálatok:

Tüdőszűrő eredmény: _____

Székletbakteriológiai eredmény: _____

Dátum: ……

P.H. ……

Orvos aláírása

II. JÖVEDELEMNYILATKOZAT

Utolsó havi nyugdíjszelvény helye

Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó személyi adatok:

Neve: _____

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. Vagyonnyilatkozat" 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: …….. fő

Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó

Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, szellemi és

más önálló tevékenységből származó

Táppénz, gyermekgondozási támogatások

Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások

Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások

Egyéb jövedelem

Az ellátás igénybe vevő kiskorú gyermek

A közeli hozzátartozók neve, születési ideje	**Rokoni kapcsolat**
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	
ÖSSZESEN:	

(szükség esetén a táblázat sorai bővíthetők)

Az ellátás igénybe vevő nagykorú gyermeke/-i:

1. a) Neve: _____

b) Születési név:_____

c) Lakóhelye: _____

d) Tartózkodási hely:_____

e) Értesítési cím: _____

f) Telefonszáma: _____

2 .a) Neve: _____

b) Születési név:_____

c) Lakóhelye: _____

d) Tartózkodási hely:_____

e) Értesítési cím: _____

f) Telefonszáma: _____

3..a) Neve: _____

b) Születési név:_____

c) Lakóhelye: _____

d) Tartózkodási hely:_____

e) Értesítési cím: _____

f) Telefonszáma: _____

4. .a) Neve: _____

b) Születési név:_____

c) Lakóhelye: _____

d) Tartózkodási hely:_____

e) Értesítési cím: _____

f) Telefonszáma: _____

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 igénybevevő
(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: _____

Lakóhely: _____

Tartózkodási hely: _____

(itt azt a lakcímet kell megjelölni, ahol a kérelmező életvitelszerűen tartózkodik)

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: _____

3. Ingatlanvagyon

1. Lakástulajdon és lakótelek-tulajdon címe:_____
   helyrajzi száma: _____, a lakás alapterülete: _____m², a telek alapterülete: _____ m^2,
   tulajdoni hányad: _____, a szerzés ideje: _____ év.
   Becsült forgalmi érték: _____Ft.
   Haszonélvezeti joggal terhelt: igen/nem (a megfelelő aláhúzandó)
2. Üdülőtulajdon és üdülőtelek-tulajdon címe:_____
   helyrajzi száma: _____, az üdülő alapterülete: _____m², a telek alapterülete: _____ m^2,
   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: _____Ft.

4. Termőföldtulajdon megnevezése: _____ címe:_____
   helyrajzi száma: _____, alapterülete: _____m², tulajdoni hányad: _____,
   a szerzés ideje: _____ év.
   Becsült forgalmi érték: _____Ft.
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 vagyonnyilatkozat megfelelő pontját a vagyontárgyak számával egyezően kell kitölteni. Amennyiben a vagyonnyilatkozatban feltüntetett vagyon nem a Magyarország területén van, a forgalmi értéket a vagyon helye szerinti állam hivatalos pénznemében is fel kell tüntetni.

A kérelemhez mellékelni kell:

- Utolsó havi jövedelemigazolást (nyugdíjszelvény, nyugdíj hivatalos igazolása pénzintézet által)
- Három hónapnál nem régebbi negatív széklet bakteriológiai eredmény
- Egy évnél nem régebbi tüdő röntgen eredmény
- Kórházi zárójelentés
- Országos orvos szakértői intézet szakvéleménye (amennyiben rendelkezik vele)
- Fogyatékossági támogatás megállapításáról szóló határozatot (amennyiben rendelkezik vele)
- Amennyiben a kérelmező gondnokság alatt áll, úgy a gondnokkirendelő határozat másolata
- Amennyiben a kérelmezőnek tartási szerződése van valakivel érvényben, úgy a tartási szerződés másolata
- Érvényes személyi igazolvány másolat
- TAJ-kártya másolat
- Adókártya másolat
- Születési anyakönyvi kivonat másolat

Ügyfélfogadás:

- Helye: Körös-menti Integrált Szociális Intézmény Békés Vármegye (Mezőkovácsháza, Tanya 36.)
- Ideje: munkanapokon H-CS 7.30. – 16.00., P 7.30. – 13.30.
- A kérelmet átveszi: az intézmény igazgatója, az intézményvezető főnővér, vagy a mentálhigiénés munkatárs