

	<p style="text-align: center;"><b>KÖRÖS-MENTI INTEGRÁLT SZOCIÁLIS INTÉZMÉNY BÉKÉS VÁRMEGYE</b></p> <p>Levél cím: 5800 Mezőkovácsháza, Tanya 36. Telefonszám: 68/381-386; +36 20/318-43-36 E-mail cím: titkarsag@korosmentiotthon.hu</p>
---	---

## KÉRELEM

### Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételéhez

**1. Az ellátást igénybevevő adatai:**

Név: .....

Születési név: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, idő: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

Állampolgárság: .....

Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállás: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jel: .....

Telefonszám (vezetékes, mobil): .....

Legközelebbi hozzátartozó neve, lakóhelye, telefonszáma: .....

Törvényes képviselő neve, lakóhelye, telefonszáma: .....

Tartására köteles személy neve, lakóhelye, telefonszáma: .....

**2. Szolgáltatás típusa: Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás**

**3. Szociális rászorultság megállapítására vonatkozó adatok:**

- Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma: .....
- Súlyos fogyatékoság fennáll/nem áll fenn
- Pszichiátriai betegség fennáll/nem áll fenn (A megfelelő aláhúzendő!)

**Dátum:** .....

**Az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő)  
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, 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:

**4. A házi orvos (kezelő orvos) 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: .....

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 munkaügyi szervek által folyósított ellátások	
Egyéb jövedelem	
<b>Összes jövedelem</b>	

**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
<b>Az ellátást igénybe vevő kiskorú</b>							
<b>A közeli hozzátartozók neve, születési ideje</b>	<b>Rokoni kapcsolat</b>						
1)							
2)							
3)							
4)							
5)							
<b>ÖSSZESEN:</b>							

*(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**

**NYILATKOZAT**  
**háztartástípusról**

Név: .....

Születési név: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, idő: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jel: .....

Kérjük, az Ön esetében fennálló háztartástípust jelölje be! (csak egy jelölés lehetséges)

egyszemélyes háztartásban élek	
kétszemélyes háztartásban élek	
három vagy több személyes háztartásban élek	

**Dátum:** .....

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