KÖRÖS-MENTI INTEGRÁLT SZOCIÁLIS
INTÉZMÉNY BÉKÉS VÁRMEGYE
Levélcím: 5800 Mezőkovácsháza, Tanya 36.
Telefonszám: +36 68/381-386; +36 20/318-43-36
E-mail cím: titkarsag@korosmentiotthon.hu

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 fogyatékosság fennáll/nem áll fenn
- Pszichiátriai betegség fennáll/nem áll fenn (A megfelelő aláhúzandó!)

Dátum:……

……
Az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása

1. számú melléklet a 9/1999. (XI. 24.) SZCSM rendelethez

I.

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

(a háziorvos, 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. fogyatékosság (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. fogyatékosság (típusa, mértéke):
3.9. demencia:
3.10. gyógyszerszedés 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)

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

NYILATKOZAT

Lakásba történő biztonságos bejutás megoldásáról

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)

☐ kulcsot biztosítok az intézménynek

☐ hozzátartozó várja a kulccsal és biztosítja a bejutást hozzátartozó
Név, elérhetőség:.....

☐ szomszéd biztosítja a bejutást
Név, elérhetőség: .....

☐a bejutáshoz egyéb személytől kap segítséget
Név, elérhetőség: .....

☐ törvényes képviselő biztosítja a bejutást
Név, elérhetőség: .....

Dátum: ……

……
Az ellátást igénybe vevő
(törvényes képviselő) aláírása

NYILATKOZAT

Szociális alapszolgáltatás igénybevételéről

Név:.....

Születési név: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, idő:.....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely:.....

Társadalombiztosítási Azonosító Jel:……

Ezúton nyilatkozom, hogy a kérelem benyújtásának időpontjában más szociális alapszolgáltatást **igénybe veszek / nem veszek igénybe**. (A megfelelő aláhúzandó!)

A táblázat az „igénybe veszek válasz" esetén kitöltendő!

Szolgáltatás típusa	**Szolgáltató neve / címe**	**Igénybevétel kezdete**
falugondnoki és tanyagondnoki szolgáltatás		
étkeztetés		
házi segítségnyújtás		
családsegítés		
jelzőrendszeres házi segítségnyújtás		
közösségi ellátások		
támogató szolgáltatás		
utcai szociális munka		
nappali ellátás		

Dátum: ……

…….

Az ellátást igénybe vevő
(törvényes képviselő) aláírása

NYILATKOZAT

Név:.....

Születési név: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, idő:.....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely:.....

Társadalombiztosítási Azonosító Jel:……

Tudomásul veszem, hogy a szolgáltatást nyújtó a személyes adataimat az 1993. évi III. törvény rendelkezései alapján nyilvántartja, illetve a 415/2015. (XII. 23.) Korm. rendeletben meghatározottak szerint rögzíti a „Központi Elektronikus Nyilvántartás a Szolgáltatást Igénybevevőkről" rendszerében, továbbá a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság Integrált Adatkezelő rendszerében.

Az adatokat az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény előírásainak megfelelően kezeli.

Kijelentem és aláírásommal elismerem, hogy a biztosított szolgáltatás tartalmáról, elemeiről, feltételeiről; az intézmény által vezetett nyilvántartásokról; a panaszjog gyakorlásának módjáról; az intézményi jogviszony megszűnésének eseteiről; a fizetendő térítési díjról, teljesítési feltételeiről, a mulasztás következményeiről; a jogosult jogait és érdekeit képviselő társadalmi szervezetekről; az adatszolgáltatásról és adataimban, valamint a jogosultsági feltételekben történő változásokra vonatkozó bejelentési kötelezettségemről a tájékoztatást megkaptam és azt tudomásul vettem.

Aláírásommal önkéntesen hozzájárulok a személyes adataim fentiek szerinti kezeléséhez.

Dátum: ……

…….

Az ellátást igénybe vevő
(törvényes képviselő) aláírása

KÖRÖS-MENTI INTEGRÁLT SZOCIÁLIS
INTÉZMÉNY BÉKÉS VÁRMEGYE
Levélcím: 5800 Mezőkovácsháza, Tanya 36.
Telefonszám: +36 68/381-386; +36 20/318-43-36
E-mail cím: titkarsag@korosmentiotthon.hu

SZOLGÁLTATÁSI ADATLAP
Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás

Nyilvántartási szám:……..
Készülék azonosító szám:…….

Az ellátást igénybevevő adatai:

Név: ……Becenév: …….
Születési név: ……...
Anyja neve:……...
Születési hely, idő:……
Lakóhely:……..
Tartózkodási hely:…….
Társadalombiztosítási Azonosító Jel:……
Telefonszám (vezetékes, mobil):……..

Egészségügyi adatok, információk:

Fennálló betegségek megnevezése:
……...
……...
……...

Rendszeresen szedett gyógyszerek, használt gyógyászati segédeszköz megnevezése:
……...
……...
……...

Gyógyszerérzékenység, egyéb allergia megnevezése:
……...
……...
……...

Háziorvos neve, elérhetősége:
……...

Orvosi ügyelet elérhetősége:
……...

Szükség esetén értesítendő személyek:

Legközelebbi hozzátartozó(k) neve, lakóhelye, telefonszáma:
……...
……...
……...

Szomszéd neve, lakóhelye, telefonszáma:
……...

Lakóhelyre történő bejutás lehetőségei, akadályai: (kutya, rács, kulcs stb.)
……...
……...

Dátum: ……

……
aláírás

NYILATKOZAT

Gondosóra készülék igénybevételéről

Név:.....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely:.....

Ezúton nyilatkozom és aláírásommal igazolom, hogy a Gondosóra programban **részt veszek,** rendelkezem magánszemélyként készülékkel **/ nem veszek részt,** készülékkel nem rendelkezem.
(A megfelelő aláhúzandó!)

A táblázat az „részt veszek válasz" esetén kitöltendő!

Igénybevétel kezdete	
CONT azonosító	

Dátum: ……

……
Az ellátást igénybe vevő
(törvényes képviselő) aláírása

Hozzájárulás adatkezeléshez – FELHASZNÁLÓ részére

Alulírott Felhasználó:
titulus (ha van): .....
családi – és utónév: .....
születési családi – és utónév: .....
lakcím/tartózkodási hely: .....
születési hely, idő: .....
anyja születési családi – és utóneve: .....
e-mail cím: .....
telefonszám: .....

mint adatkezeléssel érintett (a továbbiakban „**Érintett**") a jelen nyilatkozat aláírásával

☐ kifejezetten hozzájárulok ahhoz[1]
VAGY
☐ nem járulok hozzá,

hogy az Intézmény
neve: **Körös-menti Integrált Szociális Intézmény Békés Vármegye**
rövidített elnevezése: (ha van) .....
székhelye: **5800 Mezőkovácsháza, Tanya 36.**
törzskönyvi száma: **343347**
adószáma: **15343343-2-04**
(a továbbiakban: Intézmény, úgyis mint Adatkezelő1) a fent megadott adataimat
kezelje a Gondosóra programba történő Felhasználói regisztráció elvégzése, illetve a regisztráció kezelése **céljából**;

valamint ahhoz, hogy a **Kormányzati Szolgáltató Központ Nonprofit Korlátolt Felelősségű Társaság** (székhely: 1053 Budapest, 1138 Budapest, Esztergomi út 31-39. HUB3. épület; képviseli: Dr. Juhász Roland ügyvezető, önállóan; weboldal: https://gondosora.hu/ ; e-mail: info@gondosora.hu; telefon: +36-30-605-4375; az Adatkezelő adatvédelmi tisztviselője: dr. Sipos Katalin; e-mail: dpo@gondosora.hu; levelezési cím: Kormányzati Szolgáltató Központ Nonprofit Korlátolt Felelősségű Társaság, 1138 Budapest, Esztergomi út 31-39. HUB3. épület; a továbbiakban: **Adatkezelő2)**

a fent megadott adataimat a Gondosóra programba történő Felhasználói regisztráció létrehozása, javítása és véglegesítése **céljából kezelje**.

Tudomásul veszem, hogy az adataim kezelésének jogalapja a GDPR[2] 6. cikk (1) bekezdés a) pontja szerinti hozzájárulás, személyes adataimnak a fenti cél szerinti kezeléséhez. Tudomásul veszem továbbá, hogy hozzájárulásomat bármikor visszavonhatom, különösen az Adatkezelők fent rögzített címére küldött e-mailben. A hozzájárulás visszavonása nem érinti a visszavonás előtt a hozzájárulás alapján végrehajtott adatkezelés jogszerűségét. A hozzájáruló nyilatkozatok őrzésének jogalapja az Adatkezelők ahhoz fűződő jogos érdeke[3], hogy az adatkezelés jogszerűségét alá tudja támasztani.
Tudomásul veszem, hogy a hozzájárulásom kiterjed arra is, hogy az Adatkezelő2 a személyes adataimat **továbbítsa a Gondosóra szolgáltatást nyújtó Szolgáltató részére**, aki az adatokat megismerheti és kezelheti (Szolgáltató: 4iG Informatikai Zrt., székhelye: 1037 Budapest,

Montevideo utca 2/C.; cégjegyzékszáma: 01-10-143072; adószáma: 32692231-2-41, a továbbiakban: **Szolgáltató**).
Az adatkezelés időtartama: a hozzájárulás visszavonásáig, illetve a Gondosóra Projekt zárásáig. Ezt követően 1 (egy) év elteltével a kezelt adatok törlésre kerülnek.

Kijelentem, hogy az alábbi tájékoztatást kaptam az Adatkezelőktől az adatkezelés megkezdése előtt:

Az engem megillető jogosultságok (amelyek részletes kifejtését az Adatkezelők vonatkozó adatkezelési tájékoztatói tartalmazzák):
1. az átlátható tájékoztatáshoz való jog – jelen tájékoztatóval az Adatkezelők információt nyújtanak az adatkezelés körülményeiről, vagyis többek közt arról, hogy az Ön személyes adatait ki, milyen célból, milyen alapon és meddig kezeli, valamint, hogy Önt az adatkezeléssel összefüggésben milyen jogok illetik meg, és az adatkezelésre vonatkozó kérdéseivel, panaszával kihez fordulhat;
2. a személyes adataihoz való hozzáférés joga – Ön bármikor megkérdezheti az Adatkezelőktől, hogy személyes adatainak kezelése folyamatban van-e, az adatkezelésről teljes körű tájékoztatást kérhet, továbbá kérheti, hogy személyes adatairól másolatot kapjon;
3. személyes adatai helyesbítéséhez való jog – Ön kérheti, hogy az Adatkezelők az Ön pontatlan személyes adatait javítsák ki, vagy ha hiányosak, azokat egészítsék ki;
4. személyes adatainak törléséhez való jog – Ön kérheti, hogy személyes adatait az Adatkezelők töröljék;
5. az adatkezelés korlátozásához való jog – Ön (pl. jogi igények előterjesztése, érvényesítése vagy védelme érdekében) kérheti, hogy személyes adatait az Adatkezelők csak tárolják, és más módon ne kezeljék;
6. a helyesbítésről, törlésről vagy adatkezelés-korlátozásról tájékoztatott címzettek személyére vonatkozó tájékoztatás – kérésére tájékoztatják Önt az Adatkezelők a hivatkozott címzettekről;
7. adathordozhatósághoz való jog – kérheti, hogy az Ön által az Adatkezelők rendelkezésére bocsátott személyes adatait tagolt, széles körben használt, géppel olvasható formátumban megkapja az Adatkezelőktől, vagy – ha ez technikailag megvalósítható – az Adatkezelők azokat egy másik adatkezelőnek továbbítsák. Ez a jog csak a hozzájárulás vagy szerződés alapján kezelt adatok vonatkozásában illeti meg Önt, feltéve, hogy az adatkezelés automatizált eszközökkel történik;
8. jogorvoslathoz való jog – jogainak megsértése esetén az Adatkezelők adatvédelmi tisztviselőjéhez (ha van) vagy a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz vagy a bírósághoz fordulhat.

Hová fordulhatok, ha jogorvoslattal szeretnék élni, vagy ha kérdésem van?
1. Az **Adatkezelő1 adatvédelmi tisztviselő**jéhez: Chugyikné Bónus Gabriella (e-mail: titkarsag@korosmentiotthon.hu; levelezési cím: Körös-menti Integrált Szociális Intézmény Békés Vármegye, 5800 Mezőkovácsháza, Tanya 36.).

---

1 A megfelelő választ kérjük X-el jelölni! Jelölés hiányában a nyilatkozat nem érvényes!
2 AZ EURÓPAI PARLAMENT ÉS A TANÁCS (EU) 2016/679 RENDELETE (2016. április 27.) 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 (a továbbiakban: „GDPR").
3 GDPR 6. cikk (1) bekezdés f) pontja a GDPR 4. cikk 11. pontja, az 5. cikk (2) bekezdése, a 7. cikk, a (32)-(33), (42)-(43) preambulumbekezdések alapján.

2. Az **Adatkezelő2 adatvédelmi tisztviselő**jéhez: dr. Sipos Katalin (e-mail: dpo@gondosora.hu; levelezési cím: Kormányzati Szolgáltató Központ Nonprofit Korlátolt Felelősségű Társaság, 1138 Budapest, Esztergomi út 31-39. HUB3. épület).
3. A **Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóság**hoz (NAIH) 1363 Budapest, Pf. 9.; honlap: www.naih.hu; tel.: +36-1-391-1400
4. Bírósághoz: Magyarországon a pert - az Érintett választása szerint - az Érintett lakóhelye vagy tartózkodási helye szerinti törvényszék előtt is megindíthatja.
Kijelentem, hogy a fenti tájékoztatást tudomásul vettem, a részletes adatkezelési tájékoztatók tartalmát megismertem, és a jelen hozzájárulás megadása részemről önkéntesen történt.

Kelt: ……., 20….. év …… hónap napján

…….……
Érintett aláírása

Alulírott tanúk igazoljuk, hogy az okirat természetes személy aláírói a nem általuk írt okiratot együttes jelenlétünkben írták alá.

A tanú1 saját kezű aláírása:

_____

A tanú1 viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

_____

A tanú1 lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

_____

A tanú2 saját kezű aláírása:

_____

A tanú2 viselt neve saját kezűleg olvashatóan írva:

_____

A tanú2 lakcíme saját kezűleg olvashatóan írva:

_____