# Kérelem a Támogató Szolgálat szolgáltatásainak igénybevételéhez

1. **Az ellátást igénybe vevő adatai:**

|  |  |
| --- | --- |
| Név: |  |
| Születési neve: |  |
| Anyja neve: |  |
| Születési helye, időpontja: |  |
| Lakóhelye: |  |
| Tartózkodási helye: |  |
| Értesítési cím: |  |
| Telefonszám |  |
| Állampolgársága |  |
| Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása |  |
| TAJ száma |  |
| A szabad mozgás és tartózkodás jogára vonatkozó adat:Cselekvőképesség mértéke: |  |

1. **Hozzátartozói adatok**

**Tartásra köteles személy**

|  |  |
| --- | --- |
| Név |  |
| Születési név |  |
| Anyja neve |  |
| Születési hely, idő |  |
| Lakóhely |  |
| Tartózkodási hely |  |
| Értesítési cím |  |
| Telefonszám |  |

**Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)**

|  |  |
| --- | --- |
| Név |  |
| Születési név |  |
| Anyja neve |  |
| Születési hely, idő |  |
| Lakóhely |  |
| Tartózkodási hely |  |
| Értesítési cím |  |
| Telefonszám |  |

1. **Támogató szolgáltatás igénybevétele:**

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:…………………………………………….....

Milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását:…………………………………………...

Milyen típusú segítséget igényel: szállító szolgáltatás személyi segítő szolgáltatás

Dátum:

 ………………………………………………………..

Az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása

#  Egészségi állapotra vonatkozó igazolás

# (a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)

Név:……………………………………………………………………………………………...

Születési hely, idő:………………………………………………………………………………

Lakóhely:………………………………………………………………………………………..

Társadalombiztosítási Azonosító Jel:……………………………………………………………

**1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás és nappali ellátás (idős, fogyatékos, demens személyek részére) igénybevétele esetén**(házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás esetében az 1.1. pontot nem kell kitölteni):

1. 1. önellátásra vonatkozó megállapítások:

önellátásra képes részben képes segítséggel képes

1.2. szenved-e krónikus betegségben:……………………………………………………………

1.3. szenvedett fertőző betegségben 6 hónapon belül: 

1. 4. fogyatékosság típusa (hallássérült, látássérült, mozgássérült, értelmi sérült) és mértéke:…

…………………………………………………………………………………………………...

1. 5. rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e:

1. 6. gyógyszerek adagolásának ellenőrzése szükséges-e: 

1. 7. egyéb megjegyzések:

**2. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételére vonatkozóan igazolom,** hogy egészségi állapota alapján a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás biztosítása

A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:

**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 diétára szorul-e:

3.6. szenvedélybetegségben szenved-e:

3.7. pszichiátriai megbetegedésben szenved-e:

3.8. fogyatékosságban szenved-e (típusa, mértéke):

3.9. idősotthoni ellátás esetén demenciában szenved-e:

3.10. gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre:

**4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:**

Dátum:

Orvos aláírása

P.H.

 **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. 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** |  |

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

**Kiskorú igénybe vevő esetén a családban élőkre vonatkozó (nettó) jövedelmi adatok:**

*(kizárólag kiskorú kérelmező esetén szükséges kitölteni)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A család létszáma: ................ fő** | **Munkaviszonybólés más foglalkoztatási jogviszonyból származó** | **Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, szellemi és más önálló tevékenységből származó** | **Táppénz,gyermek-gondozási támogatások** | **Önkormányzat és állami foglalkoztatásiszervek által folyósított ellátások** | **Nyugellátásés egyéb nyugdíj-szerű rendszeresszociális ellátások** | **Egyébjöve-delem** |
| **Az ellátást igénybe vevő kiskorú** |   |   |   |   |   |   |
| **A közeli hozzátartozók neve, születési ideje** | **Rokoni kapcsolat** |   |   |   |   |   |   |
| 1) |  |   |   |   |   |   |   |
| 2) |  |   |   |   |   |   |   |
| 3) |  |   |   |   |   |   |   |
| 4) |  |   |   |   |   |   |   |
| 5) |  |   |   |   |   |   |   |
| **ÖSSZESEN:** |   |   |   |   |   |   |

*(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