

### ***KÉRELEM (idősek otthona)***

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

Név/Születési név.....

Anyja neve:.....

Születési helye, időpontja:.....

Lakóhelye:.....

Tartózkodási hely.....

Telefonszáma:.....

Állampolgársága:.....

Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása:.....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:.....

Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének):

a) neve/ születési neve:.....

b) lakóhelye:.....

c) telefonszáma:.....

Milyen időtartamra kéri a szolgáltatás biztosítását:

határozott (annak ideje) .....

határozatlan

Soron kívüli elhelyezést kér-e (időotthoni elhelyezés esetén):

Amennyiben kér, annak oka:

Dátum: .....

Az ellátást igénybe vevő

(törvényes képviselő) aláírása

**Időotthoni elhelyezést megalapozó körülmények: (aláhúzással és bekarikázással jelölendő):**

36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet a gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól

**1. A 4 órát meghaladó gondozási szükséglet III. fokozat esete áll fenn.**

**2. Gondozási szükségletet megalapozó egyéb körülmények a 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet 4.§. (1) alapján:**

4§. (1) a) a demencia kórkép legalább középsúlyos fokozata, amelyet az orvosszakértői szerv vagy a Pszichiátriai, illetve Neurológiai Szakkollégium által befogadott demencia centrum vagy pszichiáter, neurológus, geriáter szakorvos szakvéleményével igazoltak;

b) az ellátást igénylő egyedül él, és

ba) nyolcvanadik életévét betöltötte, vagy

bb) hetvenedik életévét betöltötte és lakóhelye közműves vízellátás vagy közműves villamosenergia-ellátás nélküli ingatlan, vagy

bc) hallási fogyatékosként fogyatékosági támogatásban vagy vakok személyi járadékában részesül, amit az ellátást megállapító jogerős határozat vagy az ellátás folyósítását igazoló irat másolatával igazoltak, vagy

bd) a bc) pont szerinti eseten kívüli okból fogyatékosági támogatásban részesül és az orvosszakértői szerv, illetve jogelődje szakértői bizottságának szakvéleménye, szakhatósági állásfoglalása az önkiszolgálási képességének hiányát állapította meg, amit az érvényes és hatályos szakvélemény, szakhatósági állásfoglalás másolatával igazoltak,

be) I. rokkantsági csoportba tartozó rokkantsági nyugdíjban, baleseti rokkantsági nyugdíjban, illetve rokkantsági járadékban részesül, amit, a nyugdíjat, járadékot megállapító jogerős határozat, vagy a kérelem benyújtását megelőző havi nyugdíj-folyósítási, járadékfolyósítási csekkszelvény vagy bankszámlakivonat másolatával igazoltak, vagy

bf) munkaképességét 100%-ban elvesztette, illetve legalább 80%-os mértékű egészségkárosodást szenvedett és az orvosszakértői szerv, illetve jogelődje szakértői bizottságának szakvéleménye, szakhatósági állásfoglalása az önkiszolgálási képességének hiányát állapította meg, amit az érvényes és hatályos szakvélemény, szakhatósági állásfoglalás másolatával igazoltak.

Az életkort személyazonosításra alkalmas igazolvány másolatával kell igazolni. Az (1) bekezdés bb) alpontja esetében a közművesítés hiányát a települési önkormányzat jegyzője igazolja.

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:

<b>1. * Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás, idősek nappali ellátása igénybevétele esetén</b>		
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:		
<b>2. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételére vonatkozóan igazolom, hogy egészségi állapota alapján a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás biztosítása</b>		
<b>indokolt</b> <input type="checkbox"/> <b>nem indokolt</b> <input type="checkbox"/>		
<b>3. Átmeneti elhelyezés (az éjjeli menedékhely kivételével), ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmények, lakóotthon esetén</b>		
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:		
<b>4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:</b>		
<b>Dátum:</b>	<b>Orvos aláírása:</b>	<b>P. H.</b>
(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:

**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):**

**o igen** - ebben az esetben a jövedelemnyilatkozat további részét és a „III. Vagyonynyilatkozat” nyomtatványt nem kell kitölteni,

**o nem**

**Dátum:**.....

.....  
**az ellátást igénybe vevő**  
**(törvényes képviselő) aláírása**

**Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó jövedelmi adatok:**

<b>A jövedelem típusa</b>	<b>Nettó összege</b>
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>	

Dátum: .....

.....

Az ellátást igénybe vevő  
(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:

#### 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: ..... m<sup>2</sup>, a telek alapterülete: ..... m<sup>2</sup>, tulajdoni hányad: ....., a szerzés ideje: ..... év

Becsült forgalmi érték: .....Ft

Haszonélvezeti joggal terhelt: igen/nem *(a megfelelő aláhúzendó)*

2. Üdülőtulajdon és üdülőtelek-tulajdon címe:

helyrajzi száma: ....., az üdülő alapterülete: ..... m<sup>2</sup>, a telek alapterülete: ..... m<sup>2</sup>, 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: ..... m<sup>2</sup>, tulajdoni hányad: ....., a szerzés ideje: ..... év

Becsült forgalmi érték: .....Ft

4. Termőföldtulajdon megnevezése: ..... címe:

helyrajzi száma: ....., alapterülete: ..... m<sup>2</sup>, tulajdoni hányad: ....., a szerzés ideje: ..... év

Becsült forgalmi érték: .....Ft

5. 18 hónapon belül ingyenesen átruházott ingatlan címe

helyrajzi száma: ....., alapterülete ..... m<sup>2</sup>, 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: használati o, földhasználati o, lakáshasználati o, haszonbérleti o, bérleti o, jelzálogjog o, egyéb o.

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 vagyonyilatkozat megfelelő pontját a vagyontárgyak számával egyezően kell kitölteni. Amennyiben a vagyonyilatkozatban feltüntetett vagyon nem a Magyarország területén van, a forgalmi értéket a vagyon helye szerinti állam hivatalos pénznemében is fel kell tüntetni.