



UJVÁRI JÁNOS REFORMÁTUS SZERETETOTTHON

Székhely: 9097 Mezőörs, Fő u. 66.

Levelezési cím: 8596 Pápakovácsi, Attyapuszta 4.

Tel/Fax: 06-89/351-001

E-mail: info@ujvariotthon.hu

Intézményvezető: igazgato@ujvariotthon.hu

Honlap: www.ujvariotthon.hu

Kérelem személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás körébe tartozó ÉTKEZTETÉS igénybevételéhez

1. Az ellátást igénybe vevő adatai:

Név: _____

Születési neve: _____

Anyja neve: _____

Születési helye, időpontja: _____

Lakóhelye: _____

Tartózkodási helye: _____

Telefonszáma: _____

Állampolgársága: _____

Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása: _____

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: _____

2. Tartására köteles személy

a) neve: _____

b) lakóhelye: _____

c) telefonszáma: _____

Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)

a) neve: _____

b) lakóhelye: _____

c) telefonszáma: _____

Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma: _____

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

3.1. Étkeztetés:

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: _____

Milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását: _____

Az étkeztetés módja:

- helyben fogyasztás
- elvitellel
- kiszállítással
- diétás étkeztetés

4. Kijelentem, hogy más szolgáltatónál, intézménynél alapszolgáltatást

(étkeztetés, házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás)

- nem veszek igénybe - ebben az esetben a nyilatkozat további részét nem kell kitölteni,
 igénybe veszek:
 étkeztetést
 házi segítségnyújtást
 jelzőrendszeres házi segítségnyújtást

Szolgáltató/intézmény megnevezése és címe:

5. Kijelentem, hogy:

- ápolási díjban részesülök
 nem részesülök
- érvényes tartási, öröklési vagy életjáradéki szerződéssel rendelkezem
 nem rendelkezem
- szenvedélybetegségem kezelése érdekében a Családsegítő Központtal együttműködöm
 nem működök együtt

Nyilatkozat

Hozzájárulok, hogy házi orvosom (kezelő orvosom) az egészségi állapotomról a szociális étkezési igénybevételei eljárás során adatot szolgáltatson.

Az ellátást kérelmező és/vagy törvényes képviselője tudomásul veszi, hogy jelen kérelemben megadott személyes adatait, továbbá megnevezett hozzátartozója személyes adatait az intézmény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. tv. 20. §-ában részletezett, jogszabályi kötelezettségek teljesítése céljából és jogalapjával kezeli, nyilvántartja és teljesíti a jogszabály által előírt terjedelmű adatszolgáltatást.

Nevezettek tudomásul veszik, hogy a fenti adatok megadása kötelező, az ellátás igénybevétele ezen adatok hiányában vagy kérelemre történő törlése esetén nem kezdeményezhető.

A megadott személyes adatok törlésre kerülnek, ha az ellátásra vonatkozó igény a teljesítését megelőzően megszűnik, vagy a fenti tájékoztatás ellenére a megadott adataik törlését kéri.

Kelt: 20 ____ év _____ hó ____ nap

Az ellátást igénybe vevő
(törvényes képviselő) aláírása



UJVÁRI JÁNOS REFORMÁTUS SZERETETOTTHON

Székhely: 9097 Mezőörs, Fő u. 66.

Levelezési cím: 8596 Pápakovácsi, Attyapuszta 4.

Tel/Fax: 06-89/351-001

E-mail: info@ujvariotthon.hu

Intézményvezető: igazgato@ujvariotthon.hu

Honlap: www.ujvariotthon.hu

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. 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 <input type="checkbox"/> nem indokolt <input type="checkbox"/>		
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. gyógyszersedés 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)



UJVÁRI JÁNOS REFORMÁTUS SZERETETOTTHON

Székhely: 9097 Mezőörs, Fő u. 66.

Levelezési cím: 8596 Pápakovácsi, Attyapuszta 4.

Tel/Fax: 06-89/351-001

E-mail: info@ujvariotthon.hu

Intézményvezető: igazgato@ujvariotthon.hu

Honlap: www.ujvariotthon.hu

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): _____

A **jövedelemnyilatkozat** kitöltése során egyértelműen jelölni szükséges azt, hogy 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 választ szükséges megjelölni akkor, ha vállalja a mindenkori intézményi térítési díjjal azonos személyi térítési díj megfizetését. Ebben az esetben a jövedelemnyilatkozat fejlécének kivételével a többi részt üresen szükséges hagyni.

nem válasz esetén az ellátást kérelmező jövedelmi adatait is szükséges a nyilatkozaton kitölteni. A jövedelemnyilatkozathoz csatolni szükséges a jövedelem igazolására alkalmas bizonylatot (nyugdíjszelvény, bankszámla kivonat, stb.) .

Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó jövedelmi adatok:

A jövedelem típusa	Nettó összege
Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó	
Társas és egyéni vállalkozásból, östermelői, szellemi és más önálló tevékenységből származó	
Táppénz, gyermekgondozási támogatások	
Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások	
Önkormányzat és állami foglalkoztatási szervek által folyósított ellátások	
Egyéb jövedelem	
Összes jövedelem	

Kiskorú igénybe vevő esetén a családban élőkre vonatkozó (nettó) jövedelmi adatok:*(kizárólag kiskorú kérelmező esetén szükséges kitölteni)*

A család létszáma: fő		Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, szellemi és más önálló tevékenységből származó	Táppénz, gyermek-gondozási támogatások	Önkormányzat és állami foglalkoztatási szervek által folyósított ellátások	Nyugellátás és egyéb nyugdíj-szerű rendszeres szociális ellátások	Egyéb jövedelem
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**