KÉRELEM

 a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez

1. Az ellátást igénybe vevő adatai:

Név: ………………………………………………………………………………………………………

Születési név: …………………………………………………………………………………………….

Anyja neve: ………………………………………………………………………………………………

Születési helye, időpontja: ……………………………………………………………………………….

Lakóhelye: ……………………………………………………………………………………………….

Tartózkodási helye: ………………………………………………………………………………………

Személyi igazolvány száma:………………………………… Állampolgársága: ……………………..

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: …………………………………………………………………..

Nyugdíjas törzsszáma:…………………………………

Iskolai végzettsége:……………………………………. Foglalkozása volt: …… ……………………..

Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)

* neve: ………………………………………………………………………………………….
* lakóhelye: …………………………………………………………………………………….
* telefonszáma: ………………………………………. személyi ig. száma: …………………
* email címe: …………………………………………………………………………………..

*Hozzátartozóként a térítési díj megfizetését vállalom:* [ ]  igen [ ]  nem

2. Milyen típusú ellátás igénybevételét kéri:

*ápolást-gondozást nyújtó intézmény:* [ ]  idősek otthona

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

Milyen időponttól kéri az elhelyezést: …………………………………………………………………

Milyen időre: határozott határozatlan

Milyen okból kéri: ……………………………………………………………………………………….

A beköltözés módja: ……………………………………………………………………………………..

Soron kívüli elhelyezést kér-e: …………………………………………………………………………..

Közgyógyellátásban részesül-e:

 [ ]  nem

[ ]  igen (közgyógy ig. száma:……………………….., érvényességi ideje: ………………….. )

**4. Nyilatkozat adatvédelemhez:**

# A személyes adatok védelméről szóló 2011. évi CXII. törvény által biztosított hozzájárulási jogomról

és adat-nyilvántartási kötelezettségemről tájékoztatást kaptam.

Aláírásommal **önkéntesen hozzájárulok / nem járulok hozzá,** hogy az Arany Ősz Nyugdíjas Otthon Nonprofit Kft. adataimról nyilvántartást vezessen, hivatalos megkeresés esetén adatot szolgáltasson. Az együttműködés során tudomására jutott adataimat, a mindenkori hatályos jogszabály szerint kezelje. Az adatvédelmi szabályzatot megismertem, az abban foglaltakat elfogadom.

Dátum: ………………………………………, ………….. év …………………….. hó ………. nap

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

 ellátást igénybe vevő aláírása a törvényes képviselő aláírása

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

**Egészségi állapotra vonatkozó adatok (a háziorvos, kezelőorvos tölti ki**

Név: ………………………………………………………………………………………………………

Születési név: …………………………………………………………………………………………….

Anyja neve: ………………………………………………………………………………………………

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: …………………………………………………………………..

Közgyógyellátásban részesül-e:

 [ ]  nem

[ ]  igen (közgyógy ig. száma:……………………….., érvényességi ideje: ………………….. )

|  |
| --- |
| **1.**[\*](https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99900009.scm" \l "lbj73id4bef)**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 (előzménye 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. szenvedélybeteg:

3.7. pszichiátriai megbetegedés:

3.8. fogyatékosság (típusa, mértéke):

3.9. demencia:

3.10. gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybe

 vétel időpontjában szedett gyógyszerek:

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

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)

 Dátum: ………………………………………, ………….. év …………………….. hó ………. nap

 P.H. ……………………………………………………

 orvos aláírása

Háziorvos neve, címe, telefonszáma: …………………………………………………………………………………

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

**Jövedelemnyilatkozat**

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

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:

Lakóhely: ...................................................................................................................................................

Tartózkodási hely: .....................................................................................................................................

 *(itt azt a lakcímet vagy tartózkodási címet 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):

 **□ igen** - ebben az esetben a jövedelemnyilatkozat további részét és a „III. Vagyonnyilatkozat”

 nyomtatványt nem kell kitölteni,

 **□**nem

|  |  |
| --- | --- |
| **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 állami foglalkoztatási 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: ………………………………………, ………….. év …………………….. hó ………. nap

………………………………………. ……………………………………..

 az ellátást igénybe vevő aláírása a törvényes képviselő aláírása

NYILATKOZAT

Alulírott, ………………...…………………………………………………… (név) ………………………………………………… (lakcím), mint hozzátartozó nyilatkozom, hogy az Arany Ősz Nyugdíjas Otthon / Arany Ősz I. Nyugdíjas Otthon

lakójának, ………………………………...……..…………………………. (ellátott neve) elhalálozása esetén a temetéssel kapcsolatos ügyintézést és költségeket vállalom.

A temetés módja: ……………………………………………………………...

helye: ……………………………………………………………...

Temetkezési vállalat

neve: ………………………………………………………………..

címe: ………………………………………………………………..

Balatonföldvár, ………..év ………..hó ………..nap

Nyilatkozó aláírása: ………………………………………

Személyi igazolvány száma: ……………………………..

Lakcíme: …………………………………………………

Telefonszáma: ……………………………………………

*3. számú melléklet a 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelethez*

**Értékelő adatlap**

Személyes adatok:

Név: …………………………………………………………………………………………………………

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

Lakcím: ……………………………………………………………………………………………………

Törvényes képviselőjének neve, elérhetősége: ………………………………………………………..

Mérőtábla

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tevékenység, funkció | Értékeljen 0-4 pont között(a pontérték a szükséges segítség mértékével emelkedik) | Intézmény-vezető | Háziorvos |
| Térbeli-időbeni tájékozódás | 0: mindig, mindenkor térben, időben, személyeket illetően tájékozott1: esetenként segítségre, tájékoztatásra szorul2: részleges segítségre, tájékoztatásra szorul3: gyakran tájékozatlan4: térben-időben tájékozatlan |  |  |
| Helyzetnek megfelelő viselkedés | 0: mindig, mindenkor a helyzetnek megfelelően viselkedik1: esetenként bonyolultabb helyzetekben segítségre szorul2: gyakran az adott helyzetnek nem megfelelően viselkedik3: nem megfelelő viselkedése gyakran kellemetlenséget okoz, reakciója nem kiszámítható - viselkedési kockázat4: nem képes az adott helyzetnek megfelelően viselkedni |  |  |
| Étkezés | 0: önmagát kiszolgálja, önállóan étkezik1: felszolgálást igényel, de önállóan étkezik2: felszolgálást és evőeszköz tisztításához segítséget igényel3: felszolgálás és elfogyasztáshoz részbeni segítséget igényel4: teljes segítséget igényel az étel elfogyasztásához |  |  |
| Öltözködés | 0: nem igényel segítséget1: önállóan végzi, de a megfelelő ruhaneműkkiválasztásához segítséget igényel2: egyes ruhadarabok felvételében igényel segítséget3: jelentős segítséget igényel az öltözködésben, megfelelő öltözet kiválasztásában4: öltöztetés, vetkőzés minden szakaszában segítségre szorul |  |  |
| Tisztálkodás (személyi higiéné biztosítása) | 0: szükségleteit felmérve önállóan végzi1: szükségleteit felismeri, bizonyos feladatokhoz segítséget igényel2: szükségleteit felismeri, tisztálkodni csak segítséggel tud3: részlegesen ismeri fel szükségleteit, segítséget igényel 4: nem ismeri fel szükségleteit, tisztálkodni önállóan nem képes |  |  |
| Wc használat | 0: önálló WC használatban, öltözködésben, higiénés feladatait ellátja1: önállóan használja WC-t, de öltözködésben, illetve higiénés feladatokban ellenőrizni kell2: önállóan használja WC-t, de öltözködésben, illetve higiénés feladatokban segíteni kell3: segítséget igényel WC használatban, öltözködésben, higiénés feladatok elvégzéséhez4: segítséggel sem képes WC használatra, öltözködésre, higiénés feladatok elvégzésére |  |  |
| Kontinencia | 0: vizeletét, székletét tartani képes1: önállóan pelenkát cserél, elvégzi a higiénés feladatait2: pelenka cserében, öltözködésben, illetve higiénés feladatokban alkalmanként segítséget igényel3: rendszeres segítséget igényel pelenka cserében, öltözködésben, higiénés feladatok elvégzésében4: inkontinens, teljes ellátásra szorul |  |  |
| KommunikációKépes-e megfogalmazni, elmondani a panaszát, megérti-e, amit mondanak neki | 0: kifejezőkészsége, beszédértése jó1: kommunikációban időszakosan segítségre szorul2: beszédértése, érthetősége megromlott3: kommunikációra csak segédeszközzel vagy csak metakommunikációra képes4: kommunikációra nem képes |  |  |
| TerápiakövetésRábízható-e az előírt gyógyszerek adagolása, szedése | 0: az orvos utasításait, előírt gyógyszeres terápiát betartja1: gyógyszerelésben segítséget igényel, utasításokat betartja2: elrendelt terápiát tartja, segítséggel tudja tartani az utasításokat3: elrendelt terápiát, utasításokat ellenőrzés mellett tartja4: gyógyszer bevétele csak gondozói ellenőrzéssel |  |  |
| Helyzetváltoztatás | 0: önállóan1: önállóan, segédeszköz használatával2: esetenként segítséggel3: gyakran segítséggel4: nem képes |  |  |
| Helyváltoztatás | 0: önállóan1: segédeszköz önálló használatával2: segédeszköz használatával, segítséget esetenként igényel3: segédeszköz használatával, gyakran csak segítséggel4: nem képes |  |  |
| Életvezetési képesség(felügyelet igénye) | 0: önállóan1: esetenkénti tanácsadás, részfeladatra betanítható2: személyes szükségletei ellátásában segítségre szorul3: személyes szükségletei ellátásában gyakran vagy rendszeresen segítségre szorul, belátási képessége hiányzik 4: állandó 24 órás felügyelet |  |  |
| Látás | 0: jól lát, szemüveg használata nélkül1: jól lát, szemüveg használatával2: szemüveg használatára szorul, de elutasítja azt 3: szemüveg használatával sem kielégítő a látása (pl. hályog, érbetegség)4: nem lát |  |  |
| Hallás | 0: jól hall, átlagos hangerő mellett1: átlagos hangerő mellett időnkénti hallásproblémái vannak2: hallókészülék használatára szorul3: van hallókészüléke, de nem képes használni vagy elutasítja4: nem hall |  |  |
|  | Intézményvezető és az orvos által adott összes pontszám |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fokozat | Értékelés | Pontszám | Jellemzők |
| 0. | Tevékenységeit elvégzi | 0-19 | Az egyén a vizsgált tevékenységeket el tudja végezni.A szolgáltatás a szociális és egészségi állapot szinten tartására korlátozódik. |
| I. | Egyes tevékenységekben segítségre szoruló | 20-34 | Az egyén egyes tevékenységekben hetente többször segítségre szorul vagy figyelmet, irányítást igényel. |
| II. | Részleges segítségre szoruló | 35-39 | Az egyén bizonyos tevékenységek elvégzésében napi rendszeres segítségre szorul vagy napi szintű kontrollt igényel. |
| III. | Teljes ellátásra szoruló | 40-56 | Az egyén teljes ellátásra, folyamatos gondozásra, ápolásra szorul, intenzív odafigyelést és gyakori beavatkozást igényel. |

A gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól szóló 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet 4. § (1) bekezdés ............... pontja/alpontja szerinti egyéb körülmények állnak fenn.

A vizsgálat eredménye alapján:

- szociális segítés a gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól szóló 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet 3/A. § (1) bekezdés b) pont .........alpontja szerinti egyéb körülmény alapján

- személyi gondozás

- idősotthoni elhelyezés nyújtható.

Dátum:

..................................................................
 intézményvezető/szakértő

..................................................................
 orvos

A gondozási szükséglet felülvizsgálatát az intézmény fenntartójától lehet kérni.

Felülvizsgálat

A gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól szóló 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet 4. § (1) bekezdés ............... pontja/alpontja szerinti egyéb körülmények állnak fenn.

A vizsgálat eredménye alapján:

- szociális segítés a gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól szóló 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet 3/A. § (1) bekezdés b) pont .........alpontja szerinti egyéb körülmény alapján

- személyi gondozás

- idősotthoni elhelyezés nyújtható.

Dátum:

..................................................................
 intézményvezető/szakértő

..................................................................
 orvos