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 tájékozott 1: esetenként segítségre, tájékoztatásra szorul 2: részleges segítségre, tájékoztatásra szorul 3: gyakran tájékozatlan 4: térben-időben tájékozatlan |  |  |
| Helyzetnek megfelelő viselkedés | 0: mindig, mindenkor a helyzetnek megfelelően viselkedik 1: esetenként bonyolultabb helyzetekben segítségre szorul 2: gyakran az adott helyzetnek nem megfelelően viselkedik 3: nem megfelelő viselkedése gyakran kellemetlenséget okoz, reakciója nem kiszámítható  - viselkedési kockázat 4: nem képes az adott helyzetnek megfelelően viselkedni |  |  |
| Étkezés | 0: önmagát kiszolgálja, önállóan étkezik 1: felszolgálást igényel, de önállóan étkezik 2: felszolgálást és evőeszköz tisztításához segítséget igényel 3: felszolgálás és elfogyasztáshoz részbeni segítséget igényel 4: teljes segítséget igényel az étel elfogyasztásához |  |  |
| Öltözködés | 0: nem igényel segítséget 1: önállóan végzi, de a megfelelő ruhaneműk kiválasztásához segítséget igényel 2: egyes ruhadarabok felvételében igényel segítséget 3: jelentős segítséget igényel az öltözködésben, megfelelő öltözet kiválasztásában 4: öltöztetés, vetkőzés minden szakaszában segítségre szorul |  |  |
| Tisztálkodás (személyi higiéné biztosítása) | 0: szükségleteit felmérve önállóan végzi 1: szükségleteit felismeri, bizonyos feladatokhoz segítséget igényel 2: szükségleteit felismeri, tisztálkodni csak segítséggel tud 3: részlegesen ismeri fel szükségleteit, segítséget igényel  4: nem ismeri fel szükségleteit, tisztálkodni önállóan nem képes |  |  |
| Wc használat | 0: önálló WC használatban, öltözködésben, higiénés feladatait ellátja 1: önállóan használja WC-t, de öltözködésben, illetve higiénés feladatokban ellenőrizni kell 2: önállóan használja WC-t, de öltözködésben, illetve higiénés feladatokban segíteni kell 3: segítséget igényel WC használatban, öltözködésben, higiénés feladatok elvégzéséhez 4: segítséggel sem képes WC használatra, öltözködésre, higiénés feladatok elvégzésére |  |  |
| Kontinencia | 0: vizeletét, székletét tartani képes 1: önállóan pelenkát cserél, elvégzi a higiénés feladatait 2: pelenka cserében, öltözködésben, illetve higiénés feladatokban alkalmanként segítséget igényel 3: rendszeres segítséget igényel pelenka cserében, öltözködésben, higiénés feladatok elvégzésében 4: inkontinens, teljes ellátásra szorul |  |  |
| Kommunikáció Képes-e megfogalmazni, elmondani a panaszát, megérti-e, amit mondanak neki | 0: kifejezőkészsége, beszédértése jó 1: kommunikációban időszakosan segítségre szorul 2: beszédértése, érthetősége megromlott 3: kommunikációra csak segédeszközzel vagy csak metakommunikációra képes 4: kommunikációra nem képes |  |  |
| Terápiakövetés Rábízható-e az előírt gyógyszerek adagolása, szedése | 0: az orvos utasításait, előírt gyógyszeres terápiát betartja 1: gyógyszerelésben segítséget igényel, utasításokat betartja 2: elrendelt terápiát tartja, segítséggel tudja tartani az utasításokat 3: elrendelt terápiát, utasításokat ellenőrzés mellett tartja 4: gyógyszer bevétele csak gondozói ellenőrzéssel |  |  |
| Helyzetváltoztatás | 0: önállóan 1: önállóan, segédeszköz használatával 2: esetenként segítséggel 3: gyakran segítséggel 4: nem képes |  |  |
| Helyváltoztatás | 0: önállóan 1: segédeszköz önálló használatával 2: segédeszköz használatával, segítséget esetenként igényel 3: segédeszköz használatával, gyakran csak segítséggel 4: nem képes |  |  |
| Életvezetési képesség (felügyelet igénye) | 0: önállóan 1: esetenkénti tanácsadás, részfeladatra betanítható 2: személyes szükségletei ellátásában segítségre szorul 3: személyes szükségletei ellátásában gyakran vagy rendszeresen segítségre szorul, belátási képessége hiányzik  4: állandó 24 órás felügyelet |  |  |
| Látás | 0: jól lát, szemüveg használata nélkül 1: jól lát, szemüveg használatával 2: 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 mellett 1: átlagos hangerő mellett időnkénti hallásproblémái vannak 2: hallókészülék használatára szorul 3: van hallókészüléke, de nem képes használni vagy elutasítja 4: 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