

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

„A”

**KÉRELEM A SZEMÉLYES GONDOSKODÁST NYÚJTÓ SZOCIÁLIS ELLÁTÁS
IGÉNYBEVÉTELÉHEZ**

Az ellátást igénybe vevő adatai:

Név: Születési név:

Anyja neve: Szem.ig.szám:

Születési helye, időpontja:

Lakóhelye: Tartózkodási helye:

Értesítési cím és telefonszám:

Állampolgársága:

Magyarországon tartózkodás jogcíme: *Bevándorolt Letelepedett Uniós állampolgár Menekült Hontalan*

A szabad mozgás és tartózkodás jogára vonatkozó adat:

Cselekvőképességre vonatkozó adat:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Tartására köteles személy

Neve: Születési neve:

Születési hely, idő:

Anyja neve: Szem.ig.szám:

Lakóhelye: Tart.hely:

Értesítési cím:

Telefonszáma:

Törvényes képviselő

Neve: Születési neve:

Születési hely, idő:

Anyja neve: Szem.ig.szám:

Lakóhelye: Tart.hely:

Értesítési cím:

Telefonszáma:

Megnevezett hozzátartozó

Neve: Születési neve:

Születési hely, idő:

Anyja neve: Szem.ig.szám:

lakóhelye: Tart.hely:

Értesítési cím:

Telefonszáma:

*A kérelmező nagykorú gyermekeinek száma: fő:

Neve:.....Születési neve:

Születési hely, idő:

Anyja neve: Szem.ig.szám:

Lakóhelye:.....Tart.hely:

Értesítési cím:

Telefonszáma:.....

Neve:.....Születési neve:

Születési hely, idő:

Anyja neve: Szem.ig.szám:

Lakóhelye:.....Tart.hely:

Értesítési cím:

Telefonszáma:.....

*(Szükség esetén pótlap csatolható)

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

Milyen típusú ellátás igénybevételét kéri? (az igényelt ellátást X-szel kell jelölni.)

átmeneti ellátás

időskorúak gondozóháza

ápolást-gondozást nyújtó intézmény

idősek otthona

Átmeneti elhelyezés

milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:

milyen időtartamra kéri az elhelyezést:

milyen okból kéri az elhelyezést:

Ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmény

Milyen időtartamra kéri a szolgáltatás biztosítását

Határozott (annak ideje)

Határozatlan

sonon kívüli elhelyezést kér-e? :

ha igen, annak oka:

Dátum:.....

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

**„B”
EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS**

(a házi orvos, kezelő orvos, 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 (idős személyek részére) 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

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):

Diagnózis/ok	BNO kód/ok



Diagnózis/ok	BNO kód/ok

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 köre:

.....

4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:

.....

Dátum:

.....
orvos aláírása

p.h.

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)