Abaúj-Zempléni Integrált Szociális Intézmény

Bodrogkeresztúri Otthona

*🖂 3916 Bodrogkeresztúr Kastély köz 18*

Tel/fax: 47/396-014 E-mail: bodrogkeresztur@aziszi.hu

KÉRELEM

szociális intézményi ellátás igényléséhez

1. **Az ellátást igénylő adatai:**

Név:

Születési név:

Anyja születési neve:

Születési hely:

Születési idő:

Az ellátást igénylő állampolgársága:

Bejelentett lakóhelye:

Értesítési cím:

Telefonszáma:

E-mail cím:

1. **Amennyiben Önnek van törvényes képviselője, a törvényes képviselő**

Név:

Születési név:

Bejelentett akóhelye:

Bejelentett tartózkodási helye:

Értesítési cím:

Telefonszám:

E-mail cím:

1. **Megnevezett hozzátartozó**:

Név:

Születési név:

Bejelentett lakóhely:

Bejelentett tartózkodási hely:

Értesítési cím

Telefonszám:

E-mail cím:

Rokonsági fok:

1. **A kérelmező**: A) cselekvőképes,

B) cselekvőképességében részlegesen korlátozott,

C) cselekvőképességében teljesen korlátozott

(kérem, aláhúzással jelölje)

1. **Tartási vagy öröklési szerződést kötött e:** igen nem

(kérem, aláhúzással jelölje)

Igen válasz esetén a tartást és gondozást szerződésben vállaló személy adatai:

Név:

Születési név:

Bejelentett lakóhely:

Bejelentett tartózkodási hely:

Értesítési cím

Telefonszám:

E-mail cím:

1. **A kérelem benyújtásának oka:** (kérem, aláhúzással jelölje; több ok is jelölhető)

* önellátó képesség csökkenése
* jövedelmi, megélhetési okok
* a család ellátó képességének csökkenése, illetve elvesztése
* mentális, vagy pszichés problémák
* lakhatással kapcsolatos problémák
* egyéb, és pedig:

7.**A kért intézménytípus megjelölése az igények sorrendjében:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sorszám | Intézményi ellátás típusa | Intézmény székhelyének címe | Intézmény telephelyének címe |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |

1. **Soron kívüli elhelyezést kér-e:** igen nem

(kérem, aláhúzással jelölje)

Igen válasz esetén, kérem, indokolja:

*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:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás 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 (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. fogyatékosság (típusa, mértéke): | | |
| 3.9. demencia: | | |
| 3.10. gyógyszerszedés 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)* | | |

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

***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): .........................................................................................

**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**

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

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 munkaügyi 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: ................................................**

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

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

***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 (nem kötelező megadni): ............................................................................................

**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: .................................................................................

**Rehabilitációs intézmény és rehabilitációs célú lakóotthon esetén a *„*3. Ingatlanvagyon” pontot nem kell kitölteni!**

**3. Ingatlanvagyon**

1. Lakástulajdon és lakótelek-tulajdon címe: ................................................................................... helyrajzi száma: .................., a lakás alapterülete: ........ m2, a telek alapterülete: ........ m2, tulajdoni hányad: .........., a szerzés ideje: ............ év

Becsült forgalmi érték: ........................... Ft

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

2. Üdülőtulajdon és üdülőtelek-tulajdon címe: ................................................................................. helyrajzi száma: ..............., az üdülő alapterülete: .......... m2, a telek alapterülete: ........ m2, 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: ......... m2, tulajdoni hányad: .........., a szerzés ideje: ............ év

Becsült forgalmi érték: ........................... Ft

4. Termőföldtulajdon megnevezése: ....................................... címe: .................................... helyrajzi száma: ............, alapterülete: ........ m2, tulajdoni hányad: .........., a szerzés ideje: ............ év

Becsült forgalmi érték: ........................... Ft

5. 18 hónapon belül ingyenesen átruházott ingatlan címe .................................................... helyrajzi száma: ............, alapterülete .......... m2, 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: haszonélvezeti □, használati □, földhasználati □, lakáshasználati □, haszonbérleti □, bérleti □, jelzálogjog □, egyéb □.

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 vagyonnyilatkozat megfelelő pontját a vagyontárgyak számával egyezően kell kitölteni. Amennyiben a vagyonnyilatkozatban feltüntetett vagyon nem a Magyar Köztársaság területén van, a forgalmi értéket a vagyon helye szerinti állam hivatalos pénznemében is fel kell tüntetni.

**ELŐGONDOZÁSI ADATLAP**

1. **Felvétel helye, ideje:………………………………………………………………………………………………………………………………….**
2. **az ellátást igénybe vevő adatai:**
3. név:…………………………………………………………………………………………………………………………………………
4. lakcím:…………………………………………………………………………………………………………………………………….
5. családi helyzete:………………………………………………………………………………………………………………………
6. családi állapota:………………………………………………………………………………………………………………………
7. iskolai végzettsége:…………………………………………………………………………………………………………………
8. foglalkozása:………………………………………………………………………………………………………………………….
9. **Lakáskörülményre vonatkozó adatok:**
10. lakás tulajdoni jellege:…………………………………………………………………………………………………………….
11. lakókörnyezet minősége:………………………………………………………………………………………………………..
12. lakás állapota:…………………………………………………………………………………………………………………………

**4.) Családi körülményekre vonatkozó adatok:**

a.) legközelebbi hozzátartozói ( elérhetőség, cím, telefonszám:…………………………………………...........

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

b.) közös háztartásban élő gondnokságra szoruló hozzátartozó:…………………………………………………..

5**.) Szociális helyzetére vonatkozó adatok**:

Részesült e az igénybevételt megelőző 6 hónapon belül egyéb ellátásban?......................................

Ha igen, a megfelelő aláhúzandó:

1. nappali ellátásban,
2. étkeztetésben,
3. házi segítségnyújtásban,
4. jelzőrendszeres házi segítségnyújtásban,
5. otthonápolásban,
6. támogató szolgáltatásban,
7. családsegítésben,
8. pszichiátriai betegek közösségi ellátásában,
9. szenvedélybetegek közösségi ellátásában,
10. pénzbeli vagy természetbeni szociális ellátásban,
11. átmeneti otthoni elhelyezésben
12. **Egészségi állapotára vonatkozó gondozói vélemény:**
13. mozgásképtelenség:………………………………………………………………………………………………………………………….
14. érzelmi állapot:…………………………………………………………………………………………………………………………………
15. segédeszköz használata:…………………………………………………………………………………………………………………..
16. szenzoros funkciók (hallás, látás, szaglás, ízérzés):……………………………………………………………………………
17. magatartás, kommunikációs készség:……………………………………………………………………………………………...
18. Cselekvőképességet érintő gondnokság alatt áll-e? …………………………………………………………………………………
19. ha igen, gondok neve, címe:……………………………………………………………………………………………………………………
20. a gondnokság típusa (kizáró, korlátozó, felülvizsgálandó, végleges):……………………………………………………
21. **A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről szóló rendeletben előírt kapcsolatfelvétel ideje, módja:**
22. a szociális ellátást biztosító személlyel, intézménnyel:………………………………………………………………………
23. települési önkormányzattal:…………………………………………………………………………………………………………...
24. háziorvossal, kezelőorvossal:…………………………………………………………………………………………………………….
25. gyámhivatallal:………………………………………………………………………………………………………………………………….
26. törvényes képviselővel, hozzátartozóval:………………………………………………………………………………………….
27. **Az elhelyezéssel kapcsolatos adatok:**
28. a beköltözéshez segítség szükséges e ( ha igen, milyen típusú):………………………………………………………..
29. milyen tárgyakat kíván magával vinni beköltözéskor:………………………………………………………………………..
30. az igénybe vevőnek a beköltözés időpontjára vonatkozó nyilatkozata:…………………………………………….
31. a beköltözéssel kapcsolatos egyéb megjegyzések:……………………………………………………………………………
32. milyen segítségnyújtást igényel az intézményben:…………………………………………………………………………….
33. elhelyezéssel kapcsolatos kérése:……………………………………………………………………………………………………..
34. életvitele, jellemző szokásai:…………………………………………………………………………………………………………….
35. szabadidő eltöltésének módja:………………………………………………………………………………………………………….
36. kapcsolatteremtő képessége:……………………………………………………………………………………………………………
37. látogatók várható száma, látogatás gyakorisága:………………………………………………………………………………
38. saját ruházattal rendelkezik-e:………………………………………………………………………………………………………….
39. esetleges eltávozására vonatkozó igénye:…………………………………………………………………………………………
40. hitéleti tevékenység gyakorlására vonatkozó igény:………………………………………………………………………….
41. az elhelyezéssel kapcsolatos egyéb megjegyzés:………………………………………………………………………………
42. **Az előgondozást végző személy összegző véleménye**:…………………………………………………………………………
43. az elhelyezés sürgősségére vonatkozó indok:…………………………………………………………………………………
44. javasolható-e az intézményi felvétel:……………………………………………………………………………………………….

amennyiben nem ennek oka:…………………………………………………………………………………………………………..

1. más szolgáltatás, ellátás kezdeményezése:……………………………………………………………………………………….

ennek oka:………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. **Egyéb megjegyzések az igénybe vevővel kapcsolatban:** ………………………………………………………………………..

az előgondozást végző személy neve, aláírása:………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………….

**TÁJÉKOZTATÁS**

Idősotthoni elhelyezéskor az alábbi okmányokat feltétlenül hozza magával:

1. Érvényes személyigazolvány
2. Lakcímkártya
3. TAJ kártya
4. Adókártya
5. Oltási igazolás (2)
6. Születési anyakönyvi kivonat
7. Amennyiben özvegy ( a férj/feleség) halotti anyakönyvi kivonata
8. Amennyiben elvált bírósági végzés a házasság felbontásáról
9. Három hónapnál nem régebbi RTG lelet és igazolás, hogy fertőző betegségben nem szenved ( háziorvostól/ kezelőorvostól)
10. Kórházi zárójelentések, szakorvosi leleltek
11. Utolsó havi nyugdíjszelvény

Ezek hiányában nem tudjuk fogadni!

**Ruhaneműkkel kapcsolatban kérjük, az alábbiak betartását:**

Az évszaknak megfelelő legalább három váltásban az alábbiakra van szükség:

* Felső ruházat
* Blúz ill. ing, póló
* Szoknya ill. nadrág, ruha
* Kabát
* Kardigán, zakó, mellény (ízlés és szükség szerint)
* Zokni, harisnya, harisnyanadrág (5-6 váltás igény szerint)
* Hálóruha (3-4 váltás)
* Fehérnemű (5-6 váltás)
* Utcai cipő
* Szobai cipő, papucs ( zuhanyzáshoz műanyag, nappalra kényelmes papucs)
* Fürdőköpeny, törülközök

Személyes tárgyak: Mivel intézményünkben több ágyas lakószobák vannak, ezért az intézményvezetővel előzetesen egyeztetett módon a rendelkezésre álló hely erejéig apróbb dolgok behozhatóak. (pl.: terítők, párnák, képek)

Szeretettel várjuk Önt!

**NYILATKOZAT**

Alulírott…………………………………………………………………………………..(név) (szül.hely, idő:……………………… …………………………………………………..anyja neve:…………………………………………………………………………….) a …………………………………………………………………………………………………………………………… …… (intézmény neve) ellátottja büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy nagykorú, vér szerinti vagy örökbe fogadott gyermekem nincs / van:

Nagykorú gyermek adatai:

név:………………………………………………………………………………………………………………

szül hely, idő:………………………………………………………………………………………………..

anyja neve:……………………………………………………………………………………………………

állandó lakcím: ……………………………………………………………………………………………..

elérhetősége:………………………………………………………………………………………………..

Dátum:………………………………………………………………………………….

…..…………………………………………………

Ellátott

aláírás