

**Kérelem átmeneti ellátás (idősek gondozóháza) igénybevételéhez****Adatlap****1. Az ellátást igénybevevő adatai**

Név:		
Születési neve:		
Anyja neve		
Születési hely:		
Születési idő:		
Lakóhelye:		
Tartózkodási helye:		
Értesítési címe:		
Igénybevevő telefonszáma:		
Társadalombiztosítási Azonosító Jele:		
Közigyelgyellátási igazolvány száma:		
<b>E-mail cím</b> (kérelmező vagy hozzátartozó e-mail címe ügyintézéshez/kapcsolattartáshoz)		
<u>Allampolgársága</u> , huzamos tartózkodási jogosultsága vagy menekült, hontalan jogállása, a szabad mozgás és tartózkodás jogára vonatkozó adat		
<u>Kérelmező cselekvőképessége (jelölje X-el):</u>	cselekvőképes <input type="checkbox"/> korlátozott gondnokság alatt áll (korlátozottan cselekvőképes) <input type="checkbox"/> kizáró gondnokság alatt áll (cselekvőképtelen) <input type="checkbox"/>	
<b>Törvényes képviselő</b> (amennyiben gondnokság vagy gyámság alatt áll)	Név:	
	Születési név:	
	Lakó- és tartózkodási hely vagy értesítési cím	
	Telefonszám:	
<b>Kérelmező megnevezett hozzátartozójának</b>	Név:	
	Születési név:	
	Lakó- és tartózkodási hely vagy értesítési cím	
	Telefonszám:	
Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma: ..... fő		
Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását? .....		

Milyen időtartamra kéri az elhelyezést? .....			
Milyen okból kéri az elhelyezést? .....			
.....			
.....			
<b>Soron kívüli elhelyezést kér-e:</b> igen / nem (a megfelelő aláhúzendó); ha igen, annak oka:			
<input type="checkbox"/> önmaga ellátására teljesen képtelen és nincs olyan hozzátartozója, aki ellátásáról gondoskodna, és ellátása más egészségügyi vagy szociális szolgáltatás biztosításával sem oldható meg, <input type="checkbox"/> a házi orvos, kezelő orvos szakvéleménye szerint soron kívüli elhelyezése indokolt, <input type="checkbox"/> szociális helyzetében, egészségi állapotában olyan kedvezőtlen változás következett be, amely miatt soron kívüli elhelyezése vált szükségessé, <input type="checkbox"/> kapcsolata vele együtt élő hozzátartozójával, eltartójával helyrehozhatatlanul megromlott, és a további együttélés életét, testi épségét veszélyezteti.			
<b>Gyermekei</b>	<b>Neve</b>	<b>Lakóhelye</b>	<b>Telefonszáma</b>

## NYILATKOZATOK

### 1. Nyilatkozom, hogy **tartási-, öröklési-, életjáradéki szerződéssel**

rendelkezem / nem rendelkezem (megfelelő aláhúzendó)

Amennyiben rendelkezik:

<b>Tartásra köteles személy</b> (itt kell jelezni a tartási, öröklési szerződést)	<b>Név (születési név)</b>	
	Születési hely, idő:	
	Anyja neve:	
	Lakóhelye; telefon- száma:	

2. Kijelentem, hogy a kérelem benyújtásakor az általam igényelt idők gondozóházi ellátásról, annak feltételeiről szóló tájékoztatást megkaptam

3. Nyilatkozom, hogy az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény által biztosított adatkezeléshez történő hozzájárulási jogomról, valamint a szolgáltatás igénybevételével járó adat-nyilvántartási kötelezettségről tájékoztatásban részesültem.

Alulírott hozzájárulok személyes adataimnak a Zalaegerszegi Gondozási Központ (8900 Zalaegerszeg Kossuth L. u. 58-60.), által történő rögzítéséhez, felhasználáshoz és tárolásához. Hozzájárulok, hogy az intézmény azokról a nyilvántartásokat vezesse, hivatalos megkeresés esetén azokról adatot szolgáltatson, az együttműködés során tudomására jutott különleges adataimat a mindenkor hatályos jogszabályokban előírtak szerint kezelje.

Dátum:.....

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

# 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 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 állami foglalkoztatási szervek által folyósított ellátások	
Egyéb jövedelem	
<b>Összes jövedelem</b>	

### Kiskorú igénybe vevő esetén a családban élőkre vonatkozó (nettó) jövedelmi adatok

A család létszáma:..... fő (szükség esetén a táblázat sorai bővíthetők)

Az ellátást igénybe vevő kiskorú		Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, szellemi és más önálló tevékenységből származó	Táppénz, gyermekgondozási támogatások	Önkormányzat és állami foglalkoztatási szervek által folyósított ellátások	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások	Egyéb jövedelem
A közeli hozzátartozók neve, születési ideje	Rokoni kapcsolat						

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

**EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS**  
(a házi orvos, 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. 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. Eset történet (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. Gyógyszeresedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges, stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek:

**4. A házi orvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:**

**Dátum:**

**Orvos aláírása:**

**P. H.**

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)