

Kérellem ápolást-gondozást nyújtó intézmény (idősek otthona) igénybevételéhez**Adatlap****1. Az ellátást igénybevevő adatai**

Név:		Születési neve:	
Anyja neve:			
Születési hely, idő:			
Lakóhelye:			
Tartózkodási helye:			
Értesítési címe:			
Igénybevevő telefonszáma:			
Társadalombiztosítási Azonosító Jele:			
Közgyógyellátási igazolvány száma:			
E-mail cím (kérelmező vagy hozzátartozó e-mail címe ügyintézéshez/kapcsolattartáshoz)			
<u>Allampolgársága, huzamos tartózkodási jogosultsága vagy menekült, hontalan jogállása, a szabad mozgás és tartózkodás jogára vonatkozó adat</u>			
Kérelmező cselekvőképessége (jelölje X-el): cselekvőképes <input type="checkbox"/> korlátozott gondnokság alatt áll (korlátozottan cselekvőképes) <input type="checkbox"/> kizáró gondnokság alatt áll (cselekvőképtelen) <input type="checkbox"/>			
Törvényes képviselő adatai (amennyiben gondnokság vagy gyámosság alatt áll)	Név:		Születési név:
	Lakó- és tartózkodási hely vagy értesítési cím:		
	Telefonszám:		
Kérelmező megnevezett hozzátartozójának adatai	Név:		Születési név:
	Lakó- és tartózkodási hely vagy értesítési cím:		
	Telefonszám:		
Kérelmező nagykorú gyermekének adatai	Név:		Születési név:
	Lakó- és tartózkodási hely vagy értesítési cím:		
	Telefonszám:		
Kérelmező nagykorú gyermekének adatai	Név:		Születési név:
	Lakó- és tartózkodási hely vagy értesítési cím:		
	Telefonszám:		
Kérelmező nagykorú gyermekének adatai	Név:		Születési név:
	Lakó- és tartózkodási hely vagy értesítési cím:		
	Telefonszám:		

Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma: fő
Milyen időtartamra kéri a szolgáltatás biztosítását? <input type="checkbox"/> határozott (annak ideje): <input type="checkbox"/> határozatlan
Milyen okból kéri az elhelyezést?
Soron kívüli elhelyezést kér-e: 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 háziorvos, kezelőorvos 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.

NYILATKOZATOK

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

rendelkezem / nem rendelkezem (megfelelő aláhúzendó)

Amennyiben rendelkezik:

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

2. Kijelentem, hogy a kérelem benyújtásakor az általam igényelt idők otthoni 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	
Összes jövedelem	

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)

Nyilatkozat

(Ez esetben a kérelem mellékletét képező vagyonynyilatkozatot nem kell kitölteni!)

Alulírott

Név:

Leánykori név:.....

Születési hely, idő:.....

Anyja neve:.....

Lakcím:.....

mint ellátást igénylő / térítési díjat megfizető más személy* (továbbiakban, mint nyilatkozó) nyilatkozom, hogy a Zalaegerszegi Gondozási Központ Idősek Otthona, Zalaegerszeg, Gasparich u. 3. intézménytől általam /ellátott által* igényelt /igénybe vett* idős otthoni ellátás (szolgáltatás megnevezése) után a mindenkori intézményi térítési díjjal azonos személyi térítési díjának megfizetését

20.....-tól 20.....-ig (egy év időtartamra, tartós bentlakásos intézmény esetén legfeljebb három év időtartamra) vállalom.

A nyilatkozattal érintett ellátott adatai: (amennyiben nem azonos a nyilatkozóval)

Neve:.....

Születési hely, idő:.....

Anyja születési neve:.....

Lakcíme:.....

Tudomásul veszem, hogy amennyiben a jelen nyilatkozatban meghatározott időtartam meghosszabbítására nem kerül sor, a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvénynek (továbbiakban Szt.) a személyi térítési díj megállapítására vonatkozó általános szabályait kell alkalmazni.

Tudomásul veszem, hogy az Szt. 116. § (1) és (3) bekezdésében, valamint a 117. § (2) bekezdésében foglalt jövedelemkorlátot a nyilatkozatom alapján nem kell alkalmazni, továbbá nem kell elvégezni az Szt. 119/C. §-a szerinti jövedelemvizsgálatot.

Tudomásul veszem továbbá, hogy a mindenkori intézményi térítési díjjal azonos személyi térítési díj megfizetése a szolgáltatás igénybevétele szempontjából előnyt nem keletkeztet.

Nyilatkozom továbbá, hogy az intézményi térítési díjjal megegyező személyi térítési díj megfizetése után az Szt. 117/A.§ szerinti költőpénz és az egyéni gyógyszerköltség megfizetésére elegendő pénzüsszeg a nyilatkozattal érintett időtartamra folyamatosan rendelkezésemre / a nyilatkozattal érintett ellátott vonatkozásában rendelkezésre (kívánt rész aláhúzandó) áll.

....., 20.....

.....
A nyilatkozó aláírása

* kívánt rész aláhúzandó

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 aláhúzendó)

2. Üdültulajdon 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 becslés 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 vagyonyilatkozat megfelelő pontját a vagyontárgyak számával egyezően kell kitölteni. Amennyiben a vagyonyilatkozatban feltüntetett vagyon nem a Magyarország területén van, a forgalmi értéket a vagyon helye szerinti állam hivatalos pénznemében is fel kell tüntetni.

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	Orvos
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	X	
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	X	
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		X
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		X
Tisztálkodás (személyi higiéne 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		X
WC használat	0: önálló WC használatban, öltözködésben, higiéniés feladatait ellátja 1: önállóan használja WC-t, de öltözködésben, illetve higiéniés feladatokban ellenőrizni kell 2: önállóan használja WC-t, de öltözködésben, illetve higiéniés feladatokban segíteni kell 3: segítséget igényel WC használatban, öltözködésben, higiéniés feladatok elvégzéséhez 4: segítséggel sem képes WC használatra, öltözködésre, higiéniés feladatok elvégzésére		X
Kontinencia	0: vizeletét, székletét tartani képes 1: önállóan pelenkát cserél, elvégzi a higiéniés feladatait 2: pelenka cserében, öltözködésben, illetve higiéniés feladatokban alkalmanként segítséget igényel 3: rendszeres segítséget igényel pelenka cserében, öltözködésben, higiéniés feladatok elvégzésében 4: inkontinens, teljes ellátásra szorul		X
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		X
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	X	
Helyzet változtatás	0: önállóan 1: önállóan, segédeszköz használatával 2: esetenként segítséggel 3: gyakran segítséggel 4: nem képes		X

Helyváltoztatás	0: önállóan 1: segédeszköz önálló használatával 2: segédeszköz használatával, segítséget esetenként igényel 3: segédeszköz használatával, gyakran csak segítséggel 4: nem képes		X
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	X	
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		X
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		X

Értékelés

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 segítség 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) pontalpontja szerinti egyéb körülmény alapján
 - személyi gondozás
 - idősothoni 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 segítség 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) pontalpontja szerinti egyéb körülmény alapján
 - személyi gondozás
 - időotthoni elhelyezés
- nyújtható.

Dátum:.....

.....
fenntartó képviselője

.....
orvos