

Kérelem nappali ellátás (idősek klubja) igénybevételéhez

Adatlap

1. Az ellátást igénybevevő adatai

Név:		
Születési neve:		
Anyja neve		
Születési hely:		
Születési idő:		
Lakó és tartózkodási helye:		
Értesítési címe:		
Igénybevevő telefonszáma:		
Társadalombiztosítási Azonosító Jele:		
E-mail cím (kérelmező vagy hozzátartozó e-mail címe ügyintézéshez/kapcsolattartáshoz)		
Állampolgársága, huzamos tartózkodási jogosultsága vagy menekült, hontalan jogállása, a szabad mozgás és tartózkodás jogára vonatkozó adat		
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 <i>(amennyiben gondnokság vagy gyámság alatt áll)</i>	Név:	
	Születési név:	
	Lakó- és tartózkodási helye:	
	Telefonszáma:	
Kérelmező megnevezett hozzátartozójának	Név:	
	Születési név:	
	Lakó- és tartózkodási helye:	
	Telefonszáma:	
Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását?		
Demens ellátást igényel-e?	Igen / Nem (a megfelelő aláhúzendó)	
<i>Demens személyek ellátása esetén az igénybevételre irányuló kérelemhez be kell nyújtani az orvosszakértői szerv vagy a Pszichiátriai/Neurológiai Szakkollégium által befogadott demencia centrum vagy pszichiáter, neurológus, geriáter szakorvos által kiállított, a demencia kórképet megállapító szakvéleményt.</i>		
Demens ellátás esetén étkeztetést igényel-e?	Igen / Nem (a megfelelő aláhúzendó)	
Diétás étkeztést igényel-e?	Igen /Nem (a megfelelő aláhúzendó)	
Ha igen, a milyen típusú diétát igényel?.....		
<i>(orvosi igazolás alapján)</i>		

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. Nyilatkozom, hogy jelen kérelmem benyújtásával igénybe kívánom venni a nappali ellátását, továbbá kijelentem, hogy a kérelem benyújtásakor az 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 nappali ellátás igényléséhez

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 és nappali (idős személyek részére) ellátás 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)