**E.SZ.I.**

**Csorvás Város Önkormányzatának**

**Egyesített Szociális Intézménye**

**5920 Csorvás, Rákóczi F. utca 15.**

**Tel. 06/70/903-9613, 06/66/259-224**

**e- mail:** **eszi.csorvas@gmail.com**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Kérelem a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybe vételéhez**

(*A formanyomtatvány az igényelt szociális ellátás típusának megfelelő adatok figyelembevételével töltendő ki.)*

**I. Az ellátást kérelmező adatai:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Név:** |  |
| **Születési neve:** |  |
| **Anyja neve:** |  |
| **Születési helye, időpontja:** |  |
| **Lakóhelye:** |  |
| **Tartózkodási helye:** |  |
| **Állampolgársága:** |  |
| **Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása:** |  |
| **Személyigazolvány száma:** |  |
| **Társadalombiztosítási Azonosító Jele:** |  |
| **Nyugdíjas törzsszáma:** |  |
| **Telefonszáma:** |  |
| **Közgyógyellátásban részesül-e,****ha igen, annak száma és érvényességi ideje:** |  |
| **A kérelmező törvényes képviselőjének neve:** |  |
| Születési neve: |  |
| Lakcíme, értesítési címe: |  |
| Tartózkodási helye: |  |
| Telefonszáma: |  |
| **A kérelmező nagykorú gyermekének neve:** |  |
| Születési neve: |  |
| Lakcíme, értesítési címe: |  |
| Tartózkodási helye: |  |
| Telefonszáma: |  |
| **A kérelmező megnevezett hozzátartozójának neve:** |  |
| Születési neve |  |
| Lakcíme, értesítési címe: |  |
| Tartózkodási helye |  |
| Telefonszáma |  |
| **Az ellátott cselekvőképessége:** |  |
| **A kérelem előterjesztésének, vagy beutaló határozat megküldésének időpontja:** |  |

**II. Milyen típusú ellátás igénybevételét kéri:**

|  |
| --- |
| **1., Szolgáltatások:** |
|  **1.1., étkeztetés** |  |
|  **1.2., házi segítségnyújtás:** |  |
|  **1.3., idősek nappali ellátása:** |  |
|  **1.4., ápolást, gondozást nyújtó bentlakásos idősek otthona** |  |

**III. A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételére vonatkozó adatok:**

|  |  |
| --- | --- |
| **1., Étkeztetés:** |  |
| milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: |  |
| milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását: |  |
| az étkezés módja: |  |
|  helyben fogyasztás |  |
|  elvitellel |  |
|  kiszállítással |  |
|  diétás étkezés típusa |  |
| **2., Házi segítségnyújtás:** |  |
| milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: |  |
| milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását: |  |
| milyen típusú segítséget igényel |  |
| segítség a napi tevékenységek ellátásában |  |
| bevásárlás, gyógyszerbeszerzés |  |
| személyes gondozás |  |
| egyéb, és pedig |  |
| **3., Idősek nappali ellátása:** |  |
|  milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását |  |
|  étkeztetést igényel-e: igen: normál: diétás. nem: |
|  milyen gyakorisággal kéri az étkeztetést: |  |
|  egyéb szolgáltatás igénylése: |  |
| **4., Ápolást, gondozást nyújtó bentlakásos idősek otthona:** |  |
|  milyen időtartamra kéri a szolgáltatás biztosítását |  |
|  a., határozott (annak ideje) |  |
|  b., határozatlan |  |
|  c., soron kívüli elhelyezést kér-e |  |
|  ha igen, annak oka |  |

**Dátum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ellátást igénylő (törvényes képviselő) aláírása

**E.SZ.I.**

**Csorvás Város Önkormányzatának**

**Egyesített Szociális Intézménye**

**5920 Csorvás, Rákóczi F. utca 15.**

**Tel. 06/70/903-9613, 06/66/259-224**

**e- mail:** **eszi.csorvas@gmail.com**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Hozzájárulási nyilatkozat**

Alulírott \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,(név)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, szám alatti lakos kijelentem, hogy hozzájárulok a Csorvás Város Önkormányzatának Egyesített Szociális Intézménye (5920 Csorvás, Rákóczi u. 15. sz.) által nyújtott szociális ellátás(ok) igénybevételéhez szükséges ügyintézéshez:

* a személyes okmányaim (személyi igazolvány, lakcímkártya, TB kártya, adókártya)
* jövedelmeimet igazoló (nyugdíjszelvény, folyószámla kivonat stb)
* zárójelentéseim
* és egyéb az ügyintézés szempontjából jelentőséggel bíró dokumentumaim másolásához, a másolatok felhasználásához hozzájárulok.

Tájékoztatást kaptam az intézmény adatvédelmi és adatbiztonsági szabályzatáról, továbbá tájékoztattak arról, hogy a szabályzat részletes megismerése rendelkezésemre áll az intézményben. Tájékoztattak arról is, hogy a következő jogszabályok betartásával intézik ügyemet, a (2011. évi CXII. törvény az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról, valamint az Európai Parlament és a Tanács 2016/679 rendelete) és ezek is megismerés céljából, rendelkezésemre állnak az intézményben.

Dátum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ellátást igénylő (törvényes képviselő) aláírása

**E.SZ.I.**

**Csorvás Város Önkormányzatának**

**Egyesített Szociális Intézménye**

**5920 Csorvás, Rákóczi F. utca 15.**

**Tel. 06/70/903-9613, 06/66/259-224**

**e- mail:** **eszi.csorvas@gmail.com**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**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)*

**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** |  |

**Dátum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**E.SZ.I.**

**Csorvás Város Önkormányzatának**

**Egyesített Szociális Intézménye**

**5920 Csorvás, Rákóczi F. utca 15.**

**Tel. 06/70/903-9613, 06/66/259-224**

**e- mail:** **eszi.csorvas@gmail.com**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nyilatkozat**

Alulírott: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Születési hely, idő: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

anyja születési neve, *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

lakcíme: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

mint ellátást igénylő / térítési díjat megfizető más személy (kívánt rész aláhúzandó) (továbbiakban, mint nyilatkozó) nyilatkozom, hogy Csorvás Város Önkormányzata (5920.Csorvás, Rákóczi u. 15.sz.) fenntartásában lévő, Csorvás Város Önkormányzatának Egyesített Szociális Intézmény (6920.Csorvás, Rákóczi u. 15. sz. intézménytől általam / ellátott által (kívánt rész aláhúzandó) igényelt /igénybe vett (kívánt rész aláhúzandó) .......................................................................... (szolgáltatás megnevezése) szolgáltatás után a mindenkori intézményi térítési díjjal azonos személyi térítési díjának megfizetését 20. .....................................-től 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 pénzösszeg a nyilatkozattal érintett időtartamra folyamatosan rendelkezésemre / a nyilatkozattal érintett ellátott vonatkozásában rendelkezésre (kívánt rész aláhúzandó) áll.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **a nyilatkozó aláírása**

**E.SZ.I.**

**Csorvás Város Önkormányzatának**

**Egyesített Szociális Intézménye**

**5920 Csorvás, Rákóczi F. utca 15.**

**Tel. 06/70/903-9613, 06/66/259-224**

**e- mail:** **eszi.csorvas@gmail.com**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS**

***(a háziorvos, kezelőorvos, vagy kórházi kezelés esetén a kórházi osztályos orvos tölti ki)***

**Név : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Születési neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Születési hely, idő: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Lakóhely: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Társadalombiztosítási Azonosító Jel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| 1. **Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás és nappali ellátás igénybevétele esetén**
 |
| * 1. Krónikus betegségek (kérjük sorolja fel):
 |
| * 1. Fertőző betegségek (kérjük sorolja fel):
 |
| * 1. Fogyatékosság (típusa és mértéke):
 |
| * 1. Egyéb megjegyzések, pl. speciális diéta szükségessége:
 |
| 1. **Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételére vonatkozóan igazolom,** hogy egészségi állapota alapján a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás biztosítása
 |
| **indokolt**  **nem indokolt**  |
|  |
| 1. **Átmeneti elhelyezés (az éjjeli menedékhely kivételével), ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmények, lakóotthon esetén**
 |
| * 1. esettörténet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan):
 |
| * 1. teljes diagnózis (részletes felsorolással, BNO kóddal):
 |
| * 1. prognózis (várható állapotváltozás):
 |
| * 1. ápolási-gondozási igények:
 |
| * 1. speciális diétára szorul-e::
 |
| * 1. szenvedélybetegségben szenved-e:
 |
| * 1. pszichiátriai megbetegedésben szenved-e:
 |
| * 1. fogyatékosságban szenved-e (típusa, mértéke):
 |
| * 1. demenciában szenved-e:
 |
| 3.10gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre: |
| 1. **A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:**
 |

*(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)*

**Dátum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Orvos aláírása: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**P.H.**