

## Kérelem

### a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez

#### 1. Az ellátást igénybe vevő adatai:

Név:.....

Születési neve:.....

Anyja neve:.....

Születési helye, időpontja:.....

Lakóhelye:.....

Tartózkodási helye:.....

Állampolgársága:.....

Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása:.....

.....

TAJ:.....

Tartásra köteles személy:

név:.....

lakóhelye:.....

telefonszáma:.....

Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)

név:.....

lakóhelye:.....

telefonszáma:.....

Felnőtt korú gyermekek száma:.....

**Név:**.....

Lakóhely:.....

Telefonszám:.....

**Név:**.....

Lakóhely:.....

Telefonszám:.....

**Név:**.....

Lakóhely:.....

Telefonszám:.....

Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma:.....

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

**2. 1. ápolást-gondozást nyújtó intézmény**

- idősek otthona

**a)** az elhelyezést az általános szabályok szerint (nem a b) pontban felsorolt körülmények alapján kéri – gondozási szükséglet

**b)** az elhelyezést a gondozási szükségletet megalapozó egyéb körülmény alapján kéri

**a)** demencia kórkép legalább középsúlyos fokozata

**b)** az ellátást igénylő egyedül él

**ba)** nyolcvanadik életévét betöltötte

**bb)** hetvenedik életévét betöltötte és lakóhelye közüzemes vízellátás vagy közüzemes villamos-energia ellátás nélküli ingatlan

**bc)** vakok személyi járadékában vagy hallási fogyatékosként fogyatékosági támogatásban részesül

**bd)** a bc) pont szerinti eseten kívüli okból fogyatékosági támogatásban részesül, és az orvos-szakértői szerv, illetve jogelődje szakértői bizottságának szakvéleménye, szakhatósági állásfoglalása az önkiszolgálási képességének hiányát állapította meg

**be)** komplex minősítésre vonatkozó részletes szabályokról szóló 7/2012. (II.14.) NEFMI rendelet 3.§(2) bekezdés f) pontja szerinti E minősítési kategóriába tartozó rokkantsági ellátásban részesül

**bf)** munkaképességét 100%-ban elvesztette vagy legalább 70%-os mértékű egészségkárosodást szenvedett és önellátásra nem vagy csak segítséggel képes

**2. 2. Ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmény**

- soron kívüli elhelyezést kér-e:.....

- ha igen, annak oka:.....

.....

.....

2.3. Megjegyzések:.....

2.4. Amennyiben az időotthoni ellátást a gondozási szükségletet megalapozó egyéb körülmények alapján kéri a 2.1. pontban megjelölt körülmények igazolásához a gondozási szükséglet vizsgálata során az alábbi dokumentumokat kell bemutatni:

a) alpont esetén: orvosszakértői szerv vagy a Pszichiátriai, illetve Neurológiai Szakkollégium által befogadott demencia centrum vagy pszichiáter, neurológus, geriáter szakorvos véleménye

ba) alpont esetén: személyazonosításra alkalmas igazolvány másolata

bb) alpont esetén: személyazonosításra alkalmas igazolvány másolata és a települési önkormányzat jegyzőjének igazolása a közművesítés hiányáról,

bc) alpont esetén: személyazonosításra alkalmas igazolvány másolata és az ellátást megállapító jogerős határozat vagy az ellátás folyósítását igazoló irat másolata,

bd) alpont esetén: személyazonosításra alkalmas igazolvány másolata és az orvosszakértői szerv, illetve jogelődje érvényes és hatályos szakvéleményének, szakhatósági állásfoglalásának másolata az önkiszolgálási képesség hiányáról,

be) alpont esetén: személyazonosításra alkalmas igazolvány másolata és az ellátást, járadékot megállapító jogerős határozat, vagy a kérelem benyújtását megelőző havi nyugdíjfolyósítási, járadékfolyósítási csekkszelvény vagy bankszámlakivonat másolata

bf) alpont esetén: az orvosszakértői szerv, a rehabilitációs szakértői szerv vagy a rehabilitációs hatóság illetve jogelődje érvényes és hatályos szakvéleménye, szakhatósági állásfoglalása, határozat másolata, hatósági bizonyítvány

**Tájékoztató:**

*Az intézményvezető a szolgáltatásra vonatkozó igényt az érkezés napján nyilvántartásba veszi. A hónap első napján az intézményben nyilvántartásban lévő kérelmezők Társadalombiztosítási Azonosító Jelét az intézményvezető megküldi a fenntartónak, aki a hónap ötödik napjáig megküldi a szociális hatóságnak. A szociális hatóság a kapott adatokat összeveti a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátásokat igénybevevők nyilvántartásának adataival, és azokból engedélyesenként, területileg és országosan kiszámolja az egyes szolgáltatásokra várakozó személyek számát, majd a Társadalombiztosítási Azonosító Jelet haladéktalanul törli.*

Dátum: .....

.....  
az ellátást igénybevevő  
(törvényes képviselő) aláírása