



# **„SZENT BORBÁLA OTTHON” NONPROFIT KÖZHASZNÚ KFT.**

7300 Komló, Vájáriskola u.10. Telefon: 72/482-296

[www.szentborbala.hu](http://www.szentborbala.hu)

Székhely intézmény: Pécsi u.42. Telefon:72/581-367, Fax581-366, CsAO:72/581-367

1.sz.Telephely: Liliom u.9. Telefon: 72/483-737, 72/481-357 Fax:72/483-737/16,

2.sz.Telephely: Jó szerencsét u.32. Telefon: 72/481-507, Nappali ellátás: 72/581-309

## **KÉRELEM**

A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybeviteléhez

### **1. A szolgáltatást igénybevevő adatai:**

Név: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, idő: .....

Lakóhelye: .....

Tartózkodási helye: .....

Értesítési címe:

Telefonszám: .....

Állampolgársága: .....

Bevándorolt, letelepedett,  
menekült jogállása:

Cselekvőképesség .....

mértéke:

### **A kérelmező által megnevezett hozzátartozó adatai:**

Neve: .....

Születési név: .....

Lakóhelye: .....

Tartózkodási hely, értesítési  
cím .....

Telefonszám: .....

**Törvényes képviselő adatai:** Név.....  
Születési név:.....  
Anyja neve:.....  
Születési hely, idő:.....  
Lakóhelye:.....  
Elérhetősége:.....

## 2. Milyen típusú ellátás igénybevételét kéri

### 2.1. Nappali ellátás

**Idősek nappali ellátása**.....   
fogyatékosok nappali ellátása.....   
**Demens személyek nappali ellátása**.....

### 2.2. Ápolást-gondozást nyújtó intézmény:

**Idősek otthona**.....   
**a**, az elhelyezést az általános szabályok szerint [nem a *b*) pontban felsorolt körülmények alapján] kéri.....   
**b**) az elhelyezést a gondozási szükségletet megalapozó egyéb körülmények alapján kéri.....   
**ba**) demencia kórkép legalább közepsúlyos fokozata, amelyet az orvos szakértői szerv vagy a Pszichiátriai, illetve Neurológiai Szakkollégium által befogadott demencia centrum vagy pszichiáter, neurológus, geriáter szakorvos szakvéleményével igazoltak; .....   
**bb**) az ellátást igénylő egyedül él, és nyolcvanadik életévét betöltötte vagy .....   
hetvenedik életévét betöltötte és lakóhelye közműves vízellátás vagy közműves villamosenergia-ellátás nélküli ingatlan, vagy.....   
**bc**) hallási fogyatékosként fogyatékosági támogatásban vagy vakok személyi járadékában részesül, amit az ellátást megállapító jogerős határozat vagy az ellátás folyósítását igazoló irat másolatával igazoltak, vagy.....   
**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, amit az érvényes és hatályos szakvélemény, szakhatósági állásfoglalás másolatával igazoltak, .....   
**be**) I. rokkantsági csoportba tartozó rokkantsági nyugdíjban, baleseti rokkantsági nyugdíjban, illetve rokkantsági járadékban részesül, amit a nyugdíját, járadékot megállapító jogerős határozat, vagy a kérelem benyújtását megelőző havi nyugdíj-folyósítási, járadékfolyósítási csekkszelvény vagy bankszámlakivonat másolatával igazoltak, vagy.....

**bf)**munkaképességét 100%-ban elvesztette, illetve legalább 80%-os mértékű egészségkárosodást szenvedett és az orvos szakértői szerv, illetve jogelődje szakértői bizottságának szakvéleménye, szakhatósági állásfoglalása az önkiszolgálási képességének hiányát állapította meg, amit az érvényes és hatályos szakvélemény, szakhatósági állásfoglalás másolatával igazoltak.....

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

#### **3.1. Nappali ellátás**

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:.....

Étkeztetést igényel-e: igen   (normál diétás )  nem

Milyen gyakorisággal kéri az étkeztetést:.....

Egyéb szolgáltatás igénylése:.....

#### **3.2. Ápolást-gondozást nyújtó, intézmény**

Milyen időtartamra kéri a szolgáltatás biztosítását:

Határozott (annak ideje) .....

Határozatlan.....

Soron kívüli elhelyezést kér-e : .....

Ha igen, annak oka: .....

### **NYILATKOZAT ADATKEZELÉSHEZ**

Alulírott, \_\_\_\_\_ kijelentem, hogy az információs önrendelkezési jogról és információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény által biztosított adatkezeléshez történő hozzájárulási jogomról, valamint a szolgáltatás igénybevételével járó adat-nyilvántartási kötelezettségről tájékoztatásban részesültem. Beleegyezésemet adom a rám vonatkozó személyes adatok teljes körű kezeléséhez.

Aláírással, **önkéntesen hozzájárulok / nem járulok hozzá**, hogy a Szent Borbála Otthon Nonprofit Közhasznú Kft. 7300 Komló, Vájáriskola u.10. a személyes adataimról a nyilvántartást 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:**



# **„SZENT BORBÁLA OTTHON” NONPROFIT KÖZHASZNÚ KFT.**

7300 Komló, Vájáriskola u.10. Telefon: 72/482-296

[www.szentborbala.hu](http://www.szentborbala.hu)

Székhely intézmény: Pécsi u.42. Telefon:72/581-367, Fax581-366, CsAO:72/581-367

1.sz.Telephely: Liliom u.9. Telefon: 72/483-737, 72/481-357 Fax:72/483-737/16,

2.sz.Telephely: Jó szerencsét u.32. Telefon: 72/481-507, Nappali ellátás: 72/581-309

## **EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS**

(a házi orvos, kezelőorvos tölti ki)

Név:.....

Születési név: .....

Születési hely, idő: .....

Lakóhely: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jel: .....

**1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás és nappali ellátás (idős, fogyatékos, demens személyek részére) igénybevétele esetén (házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás esetében az 1.1. pontot nem kell kitölteni):**

1.1. önellátásra vonatkozó megállapítások:

önellátásra képes

részben képes

segítséggel képes

1.2. szenved-e krónikus betegségben:.....

1.3. fogyatékoság típusa (hallássérült, látássérült, mozgássérült, értelmi sérült) és mértéke:

1.4. rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e:.....

1.5. gyógyszerek adagolásának ellenőrzése szükséges-e:

1.6. szenvedett-e fertőző betegségben 6 hónapon belül:

1.7. egyéb megjegyzések:.....

.....

.....

**2. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételére vonatkozóan igazolom, hogy egészségi állapota alapján a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás biztosítása**

**indokolt**

**nem indokolt**



# **„SZENT BORBÁLA OTTHON” NONPROFIT KÖZHASZNÚ KFT.**

7300 Komló, Vájáriskola u.10. Telefon: 72/482-296

[www.szentborbala.hu](http://www.szentborbala.hu)

Székhely intézmény: Pécsi u.42. Telefon:72/581-367, Fax581-366, CsAO:72/581-367

1.sz.Telephely: Liliom u.9. Telefon: 72/483-737, 72/481-357 Fax:72/483-737/16,

2.sz.Telephely: Jó szerencsét u.32. Telefon: 72/481-507, Nappali ellátás: 72/581-309

### **3. Átmeneti elhelyezés (az éjjeli menedékhely kivételével), ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmények, lakóotthon esetén**

3.1. esettörténet (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 diétára szorul-e:.....

3.6. szenvedélybetegségben szenved-e:.....

.

3.7. pszichiátriai megbetegedésben szenved-e:.....

3.8. fogyatékoságban szenved-e (típusa, mértéke):.....

3.9. időotthoni ellátás esetén demenciában szenved-e:.....

3.10. gyógyszeresedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre:

.....

.....

**4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:.....**

.....

Dátum: ..... Orvos aláírása:..... P. H.



# **„SZENT BORBÁLA OTTHON” NONPROFIT KÖZHASZNÚ KFT.**

7300 Komló, Vájáriskola u.10. Telefon: 72/482-296

[www.szentborbala.hu](http://www.szentborbala.hu)

Székhely intézmény: Pécsi u.42. Telefon:72/581-367, Fax:581-366, CsAO:72/581-367

1.sz.Telephely: Liliom u.9. Telefon: 72/483-737, 72/481-357 Fax:72/483-737/16,

2.sz.Telephely: Jó szerencsét u.32. Telefon: 72/481-507, Nappali ellátás: 72/581-309

## **Jövedelemnyilatkozat**

### **Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó személyi adatok:**

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, év, hó, nap: .....

Lakóhely:.....

Tartózkodási hely:.....

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:**

1. jövedelem típusa Nettó összege:

1.1. Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó:

1.2. Társas és egyéni vállalkozásból, östermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó:

1.3. Táppénz, gyermekgondozási támogatások:

1.4. Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások:

1.5. Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások:.....

1.6. Egyéb jövedelem: .....

2. Összes (nettó) havi jövedelem: .....

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 a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához.

Dátum:.....

.....  
Az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása:



# **„SZENT BORBÁLA OTTHON” NONPROFIT KÖZHASZNÚ KFT.**

7300 Komló, Vájáriskola u.10. Telefon: 72/482-296

[www.szentborbala.hu](http://www.szentborbala.hu)

**Székhely intézmény: Pécsi u.42. Telefon:72/581-367, Fax:581-366, CsAO:72/581-367**

**1.sz.Telephely: Liliom u.9. Telefon: 72/483-737, 72/481-357 Fax:72/483-737/16,**

**2.sz.Telephely: Jó szerencsét u.32. Telefon: 72/481-507, Nappali ellátás: 72/581-309**

## **Vagyonyilatkozat**

**Tartós bentlakásos intézményi ellátás kérelmezése esetén kell kitölteni**

### **A nyilatkozó személyi adatai**

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, év, hó, nap: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

### **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:** ..... város/község ..... út/utca ..... hsz.,

helyrajzi szám alapterülete: ..... m<sup>2</sup>, tulajdoni hányad: ....., a szerzés ideje: ..... év

Becsült forgalmi érték: ..... Ft

Haszonélvezeti joggal terhelt: igen                      nem                      (a megfelelő aláhúzendó)

2. **Üdülőtulajdon és üdülőtelek-tulajdon címe:** ..... város/község ..... út/utca ..... hsz.,

helyrajzi szám alapterülete: ..... m<sup>2</sup>, 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: ..... város/község .....

út/utca ..... hsz., alapterülete: ..... m<sup>2</sup>, tulajdoni hányad: ....., a szerzés ideje: ..... év

Becsült forgalmi érték: ..... Ft

**4. Termőföldtulajdon megnevezése:** ..... címe: ..... város/község ..... út/utca .....  
..... hsz., alapterülete: ..... m<sup>2</sup>, tulajdoni hányad: ....., a szerzés ideje: ..... év  
Becsült forgalmi érték: ..... Ft

**5. 18 hónapon belül ingyenesen átruházott ingatlan címe** ..... város/község .....  
út/utca ..... hsz., alapterülete ..... m<sup>2</sup>, tulajdoni hányad ....., az átruházás ideje .....  
Becsült forgalmi érték: ..... Ft

**6. Ingatlanhoz kötődő vagyoni értékű jog:**

A kapcsolódó ingatlan megnevezése ..... címe: ..... város/község ..... út/utca .....  
hsz. A vagyoni értékű jog megnevezése: haszonélvezeti , használati , földhasználati , lakáshasználati ,  
haszonbérleti , bérleti , jelzálogjog , egyéb .

Ingatlan becsült forgalmi érték: ..... Ft

Kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulok a nyilatkozatban szereplő  
adatoknak a szociális igazgatási eljárásban történő felhasználásához, kezeléséhez.

Kelt: .....

.....  
Kérelmező/ törvényes képviselő aláírása



**Tisztelt Kérelmező!**

**A kérelem kitöltéséhez, leadásához az alábbi teendők és dokumentumok szükségesek:**

- 3. oldalt a kérelmezőnek, (gondnoknak) kell aláírni.
- 4.-5. oldalt a házi orvos tölti ki.
- 6. oldalt is alá kell írni a kérelmezőnek, (gondnoknak).

**A kérelemhez mellékelni szükséges az alábbiak fénymásolata:**

- személy igazolvány,
- TAJ kártya, lakcím kártya,
- utolsó havi nyugdíj szelvény,
- 1 gyógyszerlista,
- 1 (legújabb) zárójelentés.

Köszönjük érdeklődését!

**Seres Józsefné szakmai igazgató: 06-30/372-7302**

**[www.szentborbala.hu](http://www.szentborbala.hu) honlapon az intézményről informálódhat**

**Email-cím: [titkarsag@szentborbala.hu](mailto:titkarsag@szentborbala.hu)**