



„SZENT BORBÁLA OTTHON” NONPROFIT KÖZHASZNÚ KFT.

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

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

KÉRELEM

A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez

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 közép súlyos 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, Vájariskola 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, Vájariskola u.10. Telefon: 72/482-296

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

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

(a háziorvos, 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 ☐

Dátum: Orvos aláírása: P. H.



„SZENT BORBÁLA OTTHON” NONPROFIT KÖZHASZNÚ KFT.

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

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

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)

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 és a „III. Vagyonynyilatkozat” 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	

Kiskorú igénybe vevő esetén a családban élőkre vonatkozó (nettó) jövedelmi adatok:

A család létszáma: fő		Munka- viszonyból és más foglalkoztatá- si jogviszonyból származó	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, szellemi és más önálló tevékeny- ségéből származó	Táppénz, gyermek- gondozási támogatások	Önkormányz- at és munkaügyi szervek által folyósított ellátások	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások	Egyé- b jöve- dele- m
Az ellátást igénybe vevő kiskorú							
A közeli hozzátartozók neve, születési ideje	Rokoni kapcsolat						
1)							
2)							
3)							
4)							
5)							
ÖSSZESEN:							

(szükség esetén a táblázat sorai bővíthetők)

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**

Tisztelt Kérelmező!

A kérelem kitöltéséhez, leadásához az alábbi teendők és dokumentumok bemutatása szükséges:

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

A kérelemhez az alábbi dokumentumok bemutatását kérjük:

- személy igazolvány,
- TAJ kártya, lakcím kártya,
- adókártya,
- utolsó havi nyugdíj szelvény,
- gyógyszerlista,
- zárójelentés.

Köszönjük érdeklődését!

Virágh Viktória Intézményvezető: 06-30/853-1114