

Kérelem a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez

„A”

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

1. Az ellátást igénybe vevő adatai:

Név:.....

Születési neve:.....

Anyja neve:.....

Személyi igazolvány száma:.....

Születési helye, időpontja:.....

Lakhelye:.....

Tartózkodási helye:.....

Állampolgársága:.....

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

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:.....

Lakcím kártya:.....

Tartásra köteles személy:

a, neve:.....

b, lakóhelye:.....

Telefonszáma:.....

Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)

a, neve:.....

b, lakóhelye:.....

c, telefonszáma:.....

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

2. Milyen típusú ellátás igénybevételét kéri:

2.1. Alapellátás

étkeztetés,

házi segítségnyújtás,

jelzőrendszeres házi segítségnyújtás

támogató szolgálat

2.2. Nappali ellátás

idősek nappali ellátása

fogyatékosok nappali ellátása

demens személyek nappali ellátása

2.3. Átmeneti ellátás

idősek gondozóháza

fogyatékosok gondozóháza

pszichiátriai betegek átmeneti otthona

szenvedélybetegek átmeneti otthona

hajléktalan személyek átmeneti szállása

2.4. Ápolást- gondozást nyújtó intézmény

idősek otthona

pszichiátriai betegek otthona

fogyatékosok otthona

hajléktalanok otthona

szenvedélybetegek otthona

2.5. Rehabilitációs intézmények

pszichiátriai betegek rehabilitációs intézménye

szenvedélybetegek rehabilitációs intézménye

fogyatékos személyek rehabilitációs intézménye

hajléktalan személyek rehabilitációs intézménye

2.6. Lakóotthon

fogyatékos személyek lakóotthona

pszichiátriai betegek lakóotthona

szenvedélybetegek lakóotthona

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

3.1. Étkeztetés

milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:.....

milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását:.....

az étkeztetés módja:

a, helyben fogyasztja

normál étkezés

b, elvitelre

diétás étkeztetés

c, kiszállítás

3.2. 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, éspedig:.....

3.3. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevétele
milyen időponttól kéri a szolgáltatást:.....

3.4. Támogató szolgáltatás igénybevétele
milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:.....

milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatást:.....

milyen típusú segítséget igényel:

szállító szolgáltatás

személyes segítő szolgáltatás

3.5. Nappali ellátás

milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:.....

étkeztetést igényel-e:

- igen (normál, diétás)

- nem

milyen gyakorisággal kéri az étkeztetést:.....

egyéb szolgáltatás igénylése:.....

3.6. Átmeneti elhelyezés

milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:.....

milyen időtartamra kéri az elhelyezést:.....

milyen okból kéri az elhelyezést:.....

3.7. Ápolást- gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmény

milyen időtartamra kéri a szolgáltatás biztosítását

a, határozott(annak ideje)

b, határozatlan

a beköltözés módja:.....

szoron kívüli elhelyezést kér-e:

ha igen, annak oka:.....

Dátum:.....

Az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása:

.....

„B”

Egészségi állapotra vonatkozó adatok (a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)

Név:.....
Születési hely, idő:.....
Lakóhely:.....
TAJ. szám:.....

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
fogyatékoság 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

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(részben 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. idősotthoni ellátás esetén demenciában szenved –e:.....
- 3.10.gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartalma(pl. végleges, időleges stb.) valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre:.....

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

Dátum:.....évhónap

.....
orvos aláírása

