



Nyugalom Idősek Otthona

6411 Zsana, Új u. 61.

Tel.: 77/590-010 Fax: 77/200-039

honlap: szoci.zsana.hu e-mail: szoci.zsana@gmail.com

KÉRELEM

1. A kérelmező adatai:

Név

Születési neve

Anyja neve

Születési helye, időpontja

Lakóhelye

Tartózkodási helye

Állampolgársága

Szig.szám

Társadalombiztosítási azonosító jel

Tartásra köteles személy

a) neve

b) lakóhelye

c) telefonszáma

Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)

a) neve

b) lakóhelye

c) telefonszáma

2. Ápolást-gondozást nyújtó Idősek Otthona ellátás igénybevételét kéri

milyen időtartamra kéri a szolgáltatás biztosítását:

- a) határozott (annak ideje):
- b) határozatlan

soron kívüli elhelyezést kér-e:

ha igen annak oka:

.....

Dátum:

.....
Az ellátást igénybevevő (törv.kép.) aláírása

Jövedelemnyilatkozat

Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó személyi adatok:

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:.....

Lakcím: település: utca/házzszám:..... ir.szám:

(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**

A jövedelem típusa	Nettó összege
Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó:	
1.2. Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó:	
1.4. Táppénz, gyermekgondozási támogatások:	
1.6. Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások:	
1.5. Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások:	
1.7. Egyéb jövedelem:	
Dátum:	
Az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása:	

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

Család létszáma:.....fő		Munka- viszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, szellemi és más önálló tevékeny- ségből származó	Táppénz, gyermek- gondozási támogatáso k	Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszer- ű rendszeres szociális ellátások	Egyéb jöve- delem
Az ellátást igénybe vevő kiskorú							
A	közeli	Rokoni					
hozzátartozók	neve,						
	születési ideje	kapsolat					
Összesen:							

(szükség esetén a táblázat sorai bővíthetők)

Dátum:

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

VAGYONNYILATKOZAT

(tartós bentlakásos intézményi ellátás kérelmezése esetén kell kitölteni)

1. A nyilatkozóra 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):

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: helyrajzi száma:,

a lakás alapterülete: m², a telek alapterülete: m², tulajdoni hányad:, a szerzés ideje: év

Becsült forgalmi érték: Ft

Haszonélvezeti joggal terhelt: igen/nem (a megfelelő aláhúzendő)

2. Üdülőtulajdon és üdülőtelek-tulajdon címe: helyrajzi száma:,

az üdülő alapterülete: m², a telek alapterülete: m², 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: helyrajzi

száma:, alapterülete: m², tulajdoni hányad:, a szerzés ideje: év

Becsült forgalmi érték: Ft

4. Termőföldtulajdon megnevezése: címe: helyrajzi száma:,

alapterülete: m², tulajdoni hányad:, a szerzés ideje: év

Becsült forgalmi érték: Ft

5. 18 hónapon belül ingyenesen átruházott ingatlan címe helyrajzi száma:,

alapterülete m², tulajdoni hányad az átruházás ideje év

Becsült forgalmi érték: Ft

6. Ingatlanhoz kötődő vagyoni értékű jog:

A kapcsolódó ingatlan megnevezése címe: helyrajzi száma:

A vagyoni értékű jog megnevezése: haszonélvezeti , használati , földhasználati , lakáshasználati , haszonbérleti , bérleti , jelzálogjog , egyéb .

Ingatlan becsült forgalmi értéke: Ft

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

Dátum:

.....
**Az ellátást igénybe vevő
(törvényes képviselő) aláírás**

I. 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

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. idősotthoni ellátás esetén demenciában szenved-e:

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

4. A házi orvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:

Dátum:

Orvos aláírása:

P. H.

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)