

KÉRELEM – SZEMÉLYI NYILVÁNTARTÓ LAP

időskorúak számára biztosított bentlakásos intézményi ellátás igénybevételéhez

1. A kérelmező adatai	
Név:	
Születési név:	
Anyja neve:	
Születési hely, idő:	
Lakóhely:	
Tartózkodási hely:	
Értesítési cím:	
Telefonszám:	
Állampolgársága: <input type="checkbox"/> magyar <input type="checkbox"/> _____	
Bevándorolt, letelepedett vagy menekült, hontalan jogállása, a szabad mozgás és tartózkodás jogára vonatkozó adat:	
Társadalombiztosítási Azonosító Jele:	- -
Rokkantság mértéke:	E <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>
Gondnokság alatt áll-e az elhelyezést kérelmező?	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem
Amennyiben igen, a gondnokság típusa:	<input type="checkbox"/> Cselekvőképességet részlegesen korlátozó <input type="checkbox"/> Cselekvőképességet teljesen korlátozó
A kérelmező törvényes képviselője	
Név:	
Születési név:	
Lakóhely:	
Tartózkodási hely / értesítési cím:	
Telefonszám:	
A kérelmező megnevezett hozzátartozója	
Név:	
Születési név:	
Lakóhely:	
Tartózkodási hely / értesítési cím:	
Telefonszám:	Email:

A kérelmező tartására köteles személy

Név:

Születési név:

Lakóhely:

Tartózkodási hely /
értesítési cím:

Telefonszám:

Tartási vagy életjáradéki szerződés adatai:

2. Ellátás igénybevételére vonatkozó adatok

***Melyik otthonunkba kívánja a kérelmét benyújtani?**

1071 Bp. Dózsa György út 46 1071 Bp. Peterdy utca 16

* Amennyiben önnek mindkét otthon megfelelő, kérjük, jelölje meg mindkét címet, és abban az otthonban kap elhelyezést, ahol előbb lesz üres férőhely.

Milyen típusú ellátás igénybevételét kéri?

Tartós elhelyezés Átmeneti elhelyezés

Átmeneti elhelyezés esetén milyen időtartamra kéri az ellátást?.....

Soron kívüli elhelyezést kér-e?

igen

nem

Ha igen, annak oka:

3. A kérelem indoka:

Hozzájárulok, hogy az Intézmény, a 2011. évi CXII. törvényben foglaltak figyelembevételével személyes adataimat kezelje, ill. a 226/2006. (XI. 20.) Korm. rendeletben előírt formában és rendszerben (KENYSZI) rögzítse.

A közölt adatok a személyi okmányokban bejegyzett adatokkal megegyeznek.

igen

nem

Kijelentem, hogy a házirendet megismertem.

Dátum: _____ év _____ hó _____ nap

A kérelmező (törvényes képviselő) aláírása

SZEMÉLYI NYILVÁNTARTÁSHOZ KIEGÉSZÍTÉS

(1993. évi III. törvény 20§ 2. bekezdés e pontja alapján)

NÉV:		vérszerinti, örökbefogadott nagykorú gyermeke(i)
Név:		
Születési név:		
Lakóhely:		
Tartózkodási hely / értesítési cím:		
Telefonszám:		
Név:		
Születési név:		
Lakóhely:		
Tartózkodási hely / értesítési cím:		
Telefonszám:		
Név:		
Születési név:		
Lakóhely:		
Tartózkodási hely / értesítési cím:		
Telefonszám:		
Név:		
Születési név:		
Lakóhely:		
Tartózkodási hely / értesítési cím:		
Telefonszám:		

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Dátum: 201____ év ____ hó ____ nap

A kérelmező (törvényes képviselő) aláírása



Bischitz Johanna

Integrált Humán Szolgáltató Központ

1072 BUDAPEST, NYÁR U. 7. III. EMELET, TEL.: +36 1 413 3631, FAX: +36 1 413 3656, E-MAIL: INFO@BJHUMAN.HU

I. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

A 9/1999. (XI.24.) SzCsM rendelet 1. sz. melléklete alapján

(a házi orvos, kezelő orvos tölti ki)

Név:	
Születési név:	
Születési hely, idő:	
Lakóhely:	
Társadalombiztosítási Azonosító Jel:	- -
Átmeneti elhelyezés (az éjjeli menedékhely kivételével), ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmények, lakóotthon esetén	
1. Eset történet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan):	
<hr/> <hr/> <hr/>	
2. Teljes diagnózis (részletes felsorolással, BNO kóddal):	
Teljes diagnózis	BNO kód
3. Prognózis (várható állapotváltozás):	
<hr/> <hr/> <hr/>	
4. Ápolási-gondozási igények:	
<hr/> <hr/> <hr/>	

5. Speciális diétára szorul-e? _____		
6. Szenvedélybetegségben szenved-e? _____ _____		
7. Pszichiátriai megbetegedésben szenved-e? _____ _____		
8. Fogycékkósságban szenved-e (típusa, mértéke)? _____ _____ _____		
9. Idősotthoni ellátás esetében demenciában szenved-e? _____ _____		
10. Gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre: _____ _____ _____ _____		
A házi orvos (kezelő orvos) egyéb megjegyzései: _____ _____ _____		
Allergia, gyógyszerérzékenység: _____ _____ _____		
Dátum:	Orvos aláírása:	P. H.

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)

TERÁPIÁS LAP

(kérelem melléklete)

Név:											
Születési idő: _____ év _____ hó _____ nap											
Társadalombiztosítási Azonosító Jel:						-			-		

Gyógyszerek	Adagolás			Megjegyzés
	Reggel	Délben	Este	

Egészségi állapotra vonatkozó adatlap, amelyet **a kérelmező háziórvosa, vagy kórházban tartózkodás esetén a kezelőorvosa tölt ki**, dátummal látja el, pecsétjével, aláírásával hitelesíti. Az adatlaphoz mellékelni szükséges az előző zárójelentések másolatát, kórházban tartózkodás esetén egy kórrajz-kivonatot. Be kell nyújtani továbbá a háziórvos vagy kezelőorvos által elrendelt gyógyszerek adagolását alátámasztó igazolást, valamint a szakorvosi javaslatra írható gyógyszerekre és segédeszközökre a szakorvos által kiadott szakorvosi javaslato(ka)t is.

Dátum:

Orvos aláírása

P. H.

3. számú melléklet a 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelethez*

Értékelő adatlap

Személyes adatok

Név:

Születési hely, idő:.....

Lakcím:.....

Törvényes képviselőjének neve, elérhetősége:

Tevékenység, funkció	Értékeljen 0-4 pont között (a pontérték a szükséges segítség mértékével emelkedik)	Intézményvezető	házi orvos
Térbeli-időbeni tájékozódás	0: mindig, mindenkor térben, időben, személyeket illetően tájékozott 1: esetenként segítségre, tájékoztatásra szorul 2: részleges segítségre, tájékoztatásra szorul 3: gyakran tájékozatlan 4: térben-időben tájékozatlan	X	
Helyzetnek megfelelő viselkedés	0: mindig, mindenkor a helyzetnek megfelelően viselkedik 1: esetenként bonyolultabb helyzetekben segítségre szorul 2: gyakran az adott helyzetnek nem megfelelően viselkedik 3: nem megfelelő viselkedése gyakran kellemetlenséget okoz, reakciója nem kiszámítható - viselkedési kockázat 4: nem képes az adott helyzetnek megfelelően viselkedni	X	
Étkezés	0: önmagát kiszolgálja, önállóan étkezik 1: felszolgálást igényel, de önállóan étkezik 2: felszolgálást és evőeszköz tisztításához segítséget igényel 3: felszolgálás és elfogyasztáshoz részbeni segítséget igényel 4: teljes segítséget igényel az étel elfogyasztásához		X
Öltözködés	0: nem igényel segítséget 1: önállóan végzi, de a megfelelő ruhaneműk kiválasztásához segítséget igényel 2: egyes ruhadarabok felvételében igényel segítséget 3: jelentős segítséget igényel az öltözködésben, megfelelő öltözet kiválasztásában 4: öltöztetés, vetkőzés minden szakaszában segítségre szorul		X
Tisztálkodás (személyi higiéne biztosítása)	0: szükségleteit felmérve önállóan végzi 1: szükségleteit felismeri, bizonyos feladatokhoz segítséget igényel 2: szükségleteit felismeri, tisztálkodni csak segítséggel tud 3: részlegesen ismeri fel szükségleteit, segítséget igényel 4: nem ismeri fel szükségleteit, tisztálkodni önállóan nem képes		X

WC használat	<p>0: önálló WC használatban, öltözködésben, higiénés feladatait ellátja</p> <p>1: önállóan használja WC-t, de öltözködésben, illetve higiénés feladatokban ellenőrizni kell</p> <p>2: önállóan használja WC-t, de öltözködésben, illetve higiénés feladatokban segíteni kell</p> <p>3: segítséget igényel WC használatban, öltözködésben, higiénés feladatok elvégzéséhez</p> <p>4: segítséggel sem képes WC használatra, öltözködésre, higiénés feladatok elvégzésére</p>		X
Kontinencia	<p>0: vizeletét, székletét tartani képes</p> <p>1: önállóan pelenkát cserél, elvégzi a higiénés feladatait</p> <p>2: pelenka cserében, öltözködésben, illetve higiénés feladatokban alkalmanként segítséget igényel</p> <p>3: rendszeres segítséget igényel pelenka cserében, öltözködésben, higiénés feladatok elvégzésében</p> <p>4: inkontinens, teljes ellátásra szorul</p>		X
Kommunikáció Képes-e megfogalmazni, elmondani a panaszát, megérti-e, amit mondanak neki	<p>0: kifejezőkészsége, beszédértése jó</p> <p>1: kommunikációban időszakosan segítségre szorul</p> <p>2: beszédértése, érthetősége megromlott</p> <p>3: kommunikációra csak segédeszközzel vagy csak metakommunikációra képes</p> <p>4: kommunikációra nem képes</p>		X
Terápiakövetés Rábízható-e az előírt gyógyszerek adagolása, szedése	<p>0: az orvos utasításait, előírt gyógyszeres terápiát betartja</p> <p>1: gyógyszerelésben segítséget igényel, utasításokat betartja</p> <p>2: elrendelt terápiát tartja, segítséggel tudja tartani az utasításokat</p> <p>3: elrendelt terápiát, utasításokat ellenőrzés mellett tartja</p> <p>4: gyógyszer bevétele csak gondozói ellenőrzéssel</p>	X	
Helyzetváltoztatás	<p>0: önállóan</p> <p>1: önállóan, segédeszköz használatával</p> <p>2: esetenként segítséggel</p> <p>3: gyakran segítséggel</p> <p>4: nem képes</p>		X
Helyváltoztatás	<p>0: önállóan</p> <p>1: segédeszköz önálló használatával</p> <p>2: segédeszköz használatával, segítséget esetenként igényel</p> <p>3: segédeszköz használatával, gyakran csak segítséggel</p> <p>4: nem képes</p>		X

Életvezetési képesség (felügyelet igénye)	0: önállóan 1: esetenkénti tanácsadás, részfeladatra betanítható 2: személyes szükségletei ellátásában segítségre szorul 3: személyes szükségletei ellátásában gyakran vagy rendszeresen segítségre szorul, belátási képessége hiányzik 4: állandó 24 órás felügyelet	X	
Látás	0: jól lát, szemüveg használata nélkül 1: jól lát, szemüveg használatával 2: szemüveg használatára szorul, de elutasítja azt 3: szemüveg használatával sem kielégítő a látása (pl. hályog, érbetegség) 4: nem lát		X
Hallás	0: jól hall, átlagos hangerő mellett 1: átlagos hangerő mellett időnkénti hallásproblémái vannak 2: hallókészülék használatára szorul 3: van hallókészüléke, de nem képes használni vagy elutasítja 4: nem hall		X
Fokozat	Intézményvezető és az orvos által adott összes pontszám		

ÉRTÉKELÉS

Fokozat	Értékelés	Pontszám	Jellemzők
0.	Tevékenységeit elvégzi	0-19	Az egyén a vizsgált tevékenységeket el tudja végezni. A szolgáltatás a szociális és egészségi állapot szinten tartására korlátozódik.
I.	Egyes tevékenységekben segítségre szoruló	20-34	Az egyén egyes tevékenységekben hetente többször segítségre szorul vagy figyelmet, irányítást igényel.
II.	Részleges segítségre szoruló	35-39	Az egyén bizonyos tevékenységek elvégzésében napi rendszeres segítségre szorul vagy napi szintű kontrollt igényel.
III.	Teljes ellátásra szoruló	40-56	Az egyén teljes ellátásra, folyamatos gondozásra, ápolásra szorul, intenzív odafigyelést és gyakori beavatkozást igényel.

A gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól szóló 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet 4. § (1) bekezdés pontja/alpontja szerinti egyéb körülmények állnak fenn.

A vizsgálat eredménye alapján:

- szociális segítség a gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól szóló 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet 3/A. § (1) bekezdés b) pont alpontja szerinti egyéb körülmény alapján

- személyi gondozás
 - időotthoni elhelyezés
- nyújtható.

Dátum:.....

.....
intézményvezető/szakértő

ORVOS

A gondozási szükséglet felülvizsgálatát az intézmény fenntartójától lehet kérni.

Felülvizsgálat

A gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól szóló 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet 4. § (1) bekezdés pontja/alpontja szerinti egyéb körülmények állnak fenn.

A vizsgálat eredménye alapján:

- szociális segítség a gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól szóló 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet 3/A. § (1) bekezdés b) pontalpontja szerinti egyéb körülmény alapján
 - személyi gondozás
 - időotthoni elhelyezés
- nyújtható.

Dátum:.....

.....
fenntartó képviselője

ORVOS

1. számú melléklet a 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelethez
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	

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**

Kiskorú igénybe vevő esetén a családban élőkre vonatkozó (nettó) jövedelmi adatok:
(kizárólag kiskorú kérelmező esetén szükséges kitölteni)

A család létszáma: fő

		Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó	Társas és egyéni vállalkozásból, östermelői, szellemi és más önálló tevékenységből származó	Táppénz, gyermek-gondozási támogatások	Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások	Nyugellátás és egyéb nyugdíj-szerű rendszeres szociális ellátások	Egyéb jövedelem
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**

III.

VAGYONNYILATKOZAT

(tartós bentlakásos intézményi ellátás kérelmezése esetén
kell kitölteni)

A nyilatkozóra vonatkozó személyes adatok:
Név:
Születési név:
Anyja neve:
Születési hely, idő:
Lakóhely:
Tartózkodási hely:
<i>(itt azt a lakcímet kell megjelölni, ahol a kérelmező életvitelszerűen tartózkodik)</i>
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:

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 aláhúzendó)*
2. Üdültulajdon 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:, 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: _____ év _____ hó _____ nap

Ellátást igénybevevő (törvényes képviselő) aláírása

NYILATKOZAT

Alulírott _____ a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. tv. 117/B §. és a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások térítési díjáról szóló 29/1993. (II.17.) Kormányrendelet 2/A § (1) bekezdés szerint, mint a

- ellátást igénybe vevő
- törvényes képviselő
- hozzátartozó / térítési díjat megfizető más személy

Vállalom a mindenkori intézményi térítési díjjal azonos személyi térítési díj megfizetését.

Átmenti elhelyezés esetén nyilatkozatom a megállapodás megkötésének napjától számított 1 évig érvényes.

Tartós elhelyezés esetén nyilatkozatom a megállapodás megkötésének napjától számított

- 1 évig érvényes
- 2 évig érvényes
- 3 évig érvényes

Budapest, 201__ év ____ hó ____ nap

nyilatkozó aláírása

Tanú:

Név: _____

Név: _____

Szem. ig. sz.: _____

Szem. ig. sz.: _____

NYILATKOZAT

Alulírott (név.....szül.név....., anyja neve.....születési hely,idő.....) büntetőjogi felelősségem teljes tudatában kijelentem, hogy cselekvőképességet részlegesen korlátozó vagy teljesen korlátozó jogerős bírósági ítélet hatálya alatt nem állok, s ellenem ilyen per nincs folyamatban.

Tudomásul veszem, hogy amennyiben ebben változás állna be, úgy erről az intézmény vezetőjét köteles vagyok haladéktalanul tájékoztatni.

Budapest, év..... hó..... nap

.....

aláírás