**KÉRELEM A SZEMÉLYES GONDOSKODÁST NYÚJTÓ SZOCIÁLIS ELLÁTÁS IGÉNYBEVÉTELÉHEZ**

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

1. **Az ellátást igénybe vevő adatai:**

Név: ……………………………………………………...............

Születési neve: ……………………………………………………...............

Anyja neve: ……………………………………………………...............

Születési helye, időpontja: ……………………………………………………...............

Lakóhelye: ……………………………………………………...............

Tartózkodási helye: ……………………………………………………...............

Állampolgársága: ……………………………………………………...............

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: ……………………………………………………...............

**Tartására kötelezett személy**

1. Neve: ……………………………………………………...............
2. Születési neve: ……………………………………………………...............
3. Anyja neve: ……………………………………………………...............
4. Születési helye, időpontja: ……………………………………………………...............
5. Lakóhelye: ……………………………………………………...............
6. Telefonszáma: ……………………………………………………...............

**Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)**

1. Neve: ……………………………………………………...............
2. Születési neve: ……………………………………………………...............
3. Anyja neve: ……………………………………………………...............
4. Születési helye, időpontja: ……………………………………………………...............
5. Lakóhelye: ……………………………………………………...............
6. Telefonszáma: ……………………………………………………...............

**Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban elő nagykorú személyek száma:**

1. **Milyen típusú ellátás igénybevételét kéri**
   1. **alapszolgáltatás**

étkeztetés

házi segítségnyújtás

jelzőrendszeres házi segítségnyújtás

támogató szolgáltatás

* 1. **nappali ellátás**

idősek nappali ellátása

* 1. **átmeneti ellátás**

időskorúak gondozóháza

* 1. **ápolást- gondozást nyújtó intézmény**

idősek otthona

1. az elhelyezést az általános szabályok szerint [nem a b) pontban felsorolt körülmények alapján] kéri
2. az elhelyezést a gondozási szükségletet megalapozó egyéb körülmények alapján kéri

a) demencia kórkép legalább középsúlyos fokozata, amelyet pszichiáter, neurológus vagy geriáter szakorvos szakvéleményével igazoltak;

b) az ellátást igénylő egyedül él, és

ba) nyolcvanadik életévét betöltötte, vagy

bb) hetvenedik életévét betöltötte és lakóhelye közműves vízellátás vagy közműves villamosenergia-ellátás nélküli ingatlan, vagy

bc) hallási fogyatékosként fogyatékossági 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 fogyatékossági támogatásban részesül és az orvosszakértői 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) a komplex minősítésre vonatkozó részletes szabályokról szóló 7/2012. (II. 14.) NEFMI rendelet 3. § (2) bekezdés f) pontja szerinti E minősítési kategóriába tartozó rokkantsági ellátásban részesül, vagy rokkantsági járadékban részesül, amit az ellátást, járadékot megállapító jogerős határozat és a kérelem benyújtását megelőző havi nyugdíj-folyósítási, járadékfolyósítási csekkszelvény vagy bankszámlakivonat másolatával igazoltak, vagy

bf) munkaképességét 100%-ban elvesztette vagy legalább 70%-os mértékű egészségkárosodást szenvedett és önellátásra nem vagy csak segítséggel képes, amit az orvosszakértői szerv, a rehabilitációs szakértői szerv vagy a rehabilitációs hatóság illetve jogelődje érvényes és hatályos szakvéleményének, szakhatósági állásfoglalásának, határozatának másolatával, hatósági bizonyítványával igazoltak.

Dátum:

………………………………………………….

az ellátást igénybe vevő

(törvényes képviselői) aláírása

**II.**

**JÖVEDELEMNYILATKOZAT**

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

Neve: ……………………………………………………………………...

Születési neve: ……………………………………………………………………...

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 II. törvény 117/B.§-**a szerint a mindenkori intézményi térítési díjjal azonos személyi térítési díj megfizetését az ellátást igénylő vagy a térítési díjat más személy vállalja-e** (a rovat kitöltése nem minősül tényleges vállalásnak):

🞏 **igen**- ebben az esetben a Jövedelemnyilatkozat további részét és a „III. Vagyonnyilatlozat” 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 állami foglalkoztatási 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

**NYILATKOZAT INTÉZMÉNYI TÉRÍTÉSI DÍJ FIZETÉSÉRŐL**

**(Csak abban az esetben kell kitölteni, ha a „Jövedelemnyilatkozat” adatlapon az intézményi térítési díj befizetéséről „igen” választ jelölt.)**

Alulírott

Név: ………………………………………………………………………….

Lakcím: ………………………………………………………………………….

nyilatkozom, hogy a Népjóléti Szolgálat bentlakásos intézményegységeiben (Idősek Otthona I-II.) **a mindenkori intézményi térítési díjjal azonos személyi térítési díjat megfizetem** (megfelelő válasz aláhúzandó)

**saját részemre/hozzátartozóm részére.**

Ellátást kérelmező személy neve: ……………………………………………………………

Ellátást kérelmező személy címe: ……………………………………………………………

Dátum:

……………………………………………

nyilatkozattevő

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

**EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS**

**(háziorvos, kezelőorvos vagy kórházi kezelés esetén a kórházi osztályos orvos tölti ki)**

Név (születési név): ……………………………………………………………

Születési hely, idő: ……………………………………………………………

Lakóhely: ……………………………………………………………

Társadalombiztosítási Azonosító Jel: …………………………………………………………..

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás, idősek nappali ellátása igénybevétele esetén** | |
| * 1. krónikus betegségek (kérjük, sorolja fel): | |
| * 1. fertőző betegségek (kérjük, sorolja fel): | |
| * 1. fogyatékosság (típusa és mértéke): | |
| * 1. egyéb megjegyzések, pl. speciális diéta szükségessége: | |
| 1. **Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételére vonatkozóan igazolom,** hogy egészségi állapota alapján a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás biztosítása | |
| indokolt ⭘ nem indokolt ⭘ | |
| 1. **Átmeneti elhelyezés (az éjjeli menedékhely kivételével), ápolást- gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmények, lakóotthon esetén** | |
| * 1. esettörténet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan): | |
| * 1. teljes diagnózis (részletes felsorolással, BNO kóddal): | |
| * 1. prognózis (várható állapotváltozás): | |
| * 1. ápolási- gondozási igények: | |
| * 1. speciális diéta: | |
| * 1. szenvedélybetegség: | |
| * 1. pszichiátriai megbetegedés: | |
| * 1. fogyatékosság (típusa, mértéke): | |
| * 1. demencia: | |
| 3.10. gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek: | |
| 1. **A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései** | |
| **Dátum:** | **Orvos aláírása:** |

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

**ÉRTÉKELŐ ADATLAP**

**Személyes adatok:**

Név: ……………………………………………………

Születési hely, idő: ……………………………………………………

Lakcím: ……………………………………………………

Törvényes képviselőjének neve, elérhetősége: …………………………………………………

Mérőtábla

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tevékenység, funkció | Értékeljen 0-4 pont között (a pontérték a szükséges segítsége mértékével emelkedik) | Intézmény-vezető | 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 |  |  |
| 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 |  |  |
| Étkezés | 0: önmagát kiszolgálja, önállóan étkezik  1: felszolgálást igényel. de önállóan étkezik  2: felszolgálást és evőeszköz tisztításához segítséget igényel  3: felszolgálás és elfogyasztásához részbeni segítséget igényel  4: teljes segítséget igényel az étel elfogyasztásához |  |  |
| 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 |  |  |
| Tisztálkodás (személyi higiéné 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 |  |  |
| WC használat | 0: önálló WC használatban, öltözködésben, higiénés feladatait ellátja  1: önállóan használja a WC-t, de öltözködésben és/ vagy higiénés feladatokban ellenőrizni kell  2: önállóan használja a WC-t, de öltözködésben és/ vagy higiénés feladatokban segíteni kell  3: segítséget igényel WC használatban, öltözködésben, higiénés feladatok elvégzéséhet  4: segítséggel sem képes WC használatra, öltözködésre, higiénés feladatok elvégzésére |  |  |
| Kontinencia: | 0: vizeletét, székletét tartani képes  1: önállóan pelenkát cserél, elvégzi higiénés feladatait  2: pelenka cserében, öltözködésben és/ vagy higiénés feladatokban alkalmanként segítséget igényel  3: rendszeres segítséget igényel pelenka cserében, öltözködésben, higiénés feladatok elvégzésben  4: inkontinens, teljes ellátásra szorul |  |  |
| Kommunikáció  Képes- e megfogalmazni, elmondani a panaszát, megérti-e, amit mondanak neki | 0: kifejezőkészsége, beszédértése jó  1: kommunikációban időszakosan segítségre szorul  2: beszédértése, érthetősége megromlott  3: kommunikációra csak segédeszközzel, vagy csak metakommunikációra képes  4: kommunikációra nem képes |  |  |
| Terápiakövetés  Rábízható-e az előírt gyógyszerek adagolása, szedése | 0: az orvos utasításait, előírt gyógyszeres terápiát betartja  1: gyógyszerelésben segítséget igényel, utasításokat betartja  2: elrendelt terápiát tartja, segítséggel tudja tartani az utasításokat  3: elrendelt terápiát, utasításokat ellenőrzés mellett tartja  4: gyógyszer bevétele csak gondozói ellenőrzéssel |  |  |
| Helyzetváltoztatás | 0: önállóan  1: önállóan, segédeszköz használatával  2: esetenként segítséggel  3: gyakran segítséggel  4: nem képes |  |  |
| Helyváltoztatás | 0: önállóan  1: segédeszköz önálló használatával  2: segédeszköz használatával, segítséget esetenként igényel  3: segédeszköz használatával, gyakran csak segítséggel  4: nem képes |  |  |
| 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 |  |  |
| Látás | 0: jól lát, szemüveg használata nélkül  1: jól lát, szemüveghasználatával  2: szemüveg használatára szorul, de elutasítja azt  3: szemüveg használatával sem kielégítő a látása (pl. hályog, érbetegség)  4: nem lát |  |  |
| Hallás: | 0: jól hall, átlagos hangerő mellett  1: átlagos hangerő mellett időnkénti hallás problémái vannak  2: hallókészülék használatára szorul  3: van hallókészüléke, de nem képes használni vagy elutasítja  4: nem hall |  |  |
| 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 segítés 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 szerint egyéb körülmény alapján
* személyi gondozás
* idősotthoni 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 segítés 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

- idősotthoni elhelyezés nyújtható.

Dátum:

.................................................................. .................................................................

fenntartó képviselője orvos