KATOLIKUS SZERETETSZOLGÁLAT

LELKI REHABILITÁCIÓS OTTHONA

**8572 Bakonyszücs Petőfi u. 2.**

E-mail: bakonyszucs@szeretetszolgalat.hu Tel.: 89/341-098

***K É R E L E M***

a személyes gondoskodást nyújtó ellátás igényléséhez

**Az ellátást igénybevevő adatai:**

# Neve:

# Születési neve:

# Állampolgársága:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Születési helye, időpontja\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Anyja neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TAJ száma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonszáma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Értesítési címe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail címe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Törvényes képviselő:**

Neve:

Születési neve:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kirendelő szerv megnevezése:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kirendelő határozat száma, kelte, jogerőre emelkedés időpontja\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonszáma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lakóhelye:

Tartózkodási helye/Értesítési címe:

**Legközelebbi hozzátartozó**:

Neve:

Születési neve:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonszáma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lakóhelye:

Tartózkodási helye/Értesítési címe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**2. Ellátás igénybevételére vonatkozó adatok:**

**Az elhelyezést az alábbi terápiás ciklus idejére kérem: (javasolt időtartam 12-14 nap, de a szolgáltatás igénybe vétele esetén az egyéni igényeket is figyelembe vesszük)**

**………….év………hó…….naptól ………év…………hó……… napjáig.**

**Kérjük figyelembe venni, hogy kizárólagosan indokolt esetben, gyermekes családból családonként max. 5 főt tudunk fogadni (csak szülők és gyermekek), felnőtt igénybe vevők esetében pedig 2 főt (házaspár, élettárs).**

**Házaspárok/élettársak részére külön szobában történő elhelyezést csak megfelelő számú betöltetlen férőhely esetén tudunk biztosítani.**

**Az egy családból érkezők esetében minden személyre vonatkozóan külön kérelmet szükséges kitölteni.**

**Az ellátást kérelmező cselekvőképes: igen nem**

Önkéntes felajánlott tevékenységem/tevékenységünk, amivel a közösség érdekében az itt tartózkodást tartalmasabbá tudom/tudjuk tenni: (kézműves tevékenység, hangszerjáték, tánc, daltudás, versmondás, jógázás,

egyéb:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Kelt:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Az ellátást igénybevevő

(törvényes képviselő) aláírása

A kérelemhez csatolni szükséges a betegséget igazoló legutolsó zárójelentés, vagy a tartós fogyatékosságról szóló irat másolati példányát, mellyel a rászorultság igazolandó. A megbetegedésben szenvedő személy esetében csatolandó még az EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS is, melyet a háziorvos, kezelőorvos, vagy kórházi kezelés esetén a kórházi osztályos orvos tölti ki.

A kérelmet pontosan kitöltve és aláírva, a rászorultságot igazoló irat másolatával együtt az alábbi címre kérjük:

postai úton: Katolikus Szeretetszolgálat Lelki Rehabilitációs Otthona

8572 Bakonyszücs Petőfi u. 2.

A kérelem beadása az igénybevételi szándék megerősítését jelenti.

Kérjük, hogy csak abban az esetben küldjék meg részünkre, ha valóban igénybe szeretnék venni az intézmény által nyújtott szolgáltatást! A férőhely lemondására a terápiás ciklust megelőző 10 munkanapig van lehetőség, hogy más igénybe vevő részére fel tudjuk ajánlani a lehetőséget!

Ha a lemondás nem, vagy nem időben történik meg, úgy az intézmény pénzügyi támogatástól esik el.

A döntés meghozatala előtt kérjük ezt szíveskedjenek figyelembe venni!

Kelt:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Az ellátást igénybevevő (törvényes képviselő) aláírása

***Nyilatkozat***

Az ellátást kérelmező és/vagy törvényes képviselője tudomásul veszi, hogy jelen kérelemben megadott személyes adatait, továbbá megnevezett hozzátartozója személyes adatait az intézmény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. tv. 20. §- ában részletezett, jogszabályi kötelezettségek teljesítése céljából és jogalapjával kezeli, nyilvántartja és teljesíti a jogszabály által előírt terjedelmű adatszolgáltatást.

Nevezettek tudomásul veszik, hogy a fenti adatok megadása kötelező, az ellátás igénybe vétele ezen adatok hiányában vagy kérelemre történő törlése esetén nem kezdeményezhető.

A megadott személyes adatok törlésre kerülnek, ha az ellátásra vonatkozó igény a teljesítését megelőzően megszűnik, vagy a fenti tájékoztatás ellenére a megadott adataik törlését kérik.

Kelt: 20\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Az ellátást igénybe vevő

(törvényes képviselő) aláírása

9/1999.(XI.24.) SzCsM rendelet 3.§ 2. bekezdésének 1. számú melléklete

**I.**

**EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS**

***(a 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** | | |
| 1.1. krónikus betegségek (kérjük, sorolja fel): | | |
| 1.2. fertőző betegségek (kérjük, sorolja fel): | | |
| 1.3. fogyatékosság (típusa és mértéke): | | |
| 1.4. egyéb megjegyzések, pl. speciális diéta szükségessége: | | |
| **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 diéta: | | |
| 3.6. szenvedélybetegség: | | |
| 3.7. pszichiátriai megbetegedés: | | |
| 3.8. fogyatékosság (típusa, mértéke): | | |
| 3.9. demencia: | | |
| 3.10. gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges, stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek: | | |
| **4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:** | | |
| **Dátum:** | **Orvos aláírása:** | **P. H.** |

*(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)*