

KÉRELEM
szociális ellátás igénybevételéhez
Katolikus Szeretetszolgálat Szent Mihály Otthon

Az ellátást igénybevevő adatai:	
Név:	Születési név:
Anyja neve:	
Születési helye, időpontja:	
Lakóhelye:	
Tartózkodási helye:	
Állampolgársága: jogállása:	Bevándorolt, letelepedett vagy menekült
Társadalombiztosítási Azonosító Jele:	
Tartásra köteles személy	
a) neve:	
b) címe, email címe:	
c) telefonszáma:	
Legközelebbi hozzátartozójának	
a) neve:	b) szül. helye, ideje:
b) címe, email címe:	
d) telefonszáma:	
Törvényes képviselőjének	
a) neve:	
b) címe, email címe:	
c) telefonszáma:	
Az ellátást igénybe vevő cselekvőképességének mértéke (a megfelelő aláhúzendő):	
1. cselekvőképes	2. kizáró gondnokság
3. korlátozó gondnokság	4. ideiglenes gondnokság

2. A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételére vonatkozó adatok:
a) Ápolást-gondozást nyújtó intézmény
milyen időtartamra kéri a szolgáltatás biztosítását:
határozott (annak ideje)
határozatlan
b) soron kívüli elhelyezést kér-e:
ha igen, annak oka:
3. Időotthoni ellátás igénybevételének feltételei:
a.) az elhelyezést az általános szabályok szerint (nem a b pontban felsorolt körülmények alapján) kéri:
b.) az elhelyezést a gondozási szükségletet megalapozó egyéb körülmények alapján kéri
ba.) demencia kórkép legalább középsúlyos fokozata
bb.) az ellátást igénylő egyedül él, nyolcvanadik életévét betöltötte
bc.) az ellátást igénylő egyedül él, hetvenedik életévét betöltötte és lakóhelye közműves vízellátás vagy közműves villamos energia-ellátás nélküli ingatlan
bd.) az ellátást igénylő egyedül él, és vakok személyi járadékában vagy hallási fogyatékosként fogyatékosági támogatásban részesül
be.) az ellátást igénylő egyedül él, a hallási fogyatékoságon kívüli okból fogyatékosági támogatásban részesül, és az orvos szakértői szerv, illetve jogelődje szakértői bizottságának szakvéleménye, szakhatósági állásfoglalása az önkiszolgálási képességének hiányát állapította meg
bf.) az ellátást igénylő egyedül él és I. rokkantsági csoportba tartozó rokkantsági nyugdíjban, baleseti rokkantsági nyugdíjban, illetve rokkantsági járadékban részesül
bg.) az ellátást igénylő egyedül él, munkaképességét 100%-ban elvesztette, illetve legalább 80%-os mértékű egészségkárosodást szenvedett és orvos szakértői szerv, ill. jogelődje szakértői bizottságának szakvéleménye, szakhatósági állásfoglalása az önkiszolgálási képességének hiányát állapította meg.

<p>4.1. A 3.a. pont szerinti idősek otthona igénybevételére irányuló kérelem esetén - ha az elhelyezést az általános szabályok szerint kérik – a gondozási szükséglet vizsgálata során be kell mutatni a gondozási szükséglet megítélését szolgáló, rendelkezésre álló leletek és szakvélemények másolatát</p>
<p>4.2. Amennyiben a 3.b.pont szerint az időszotthoni ellátást a gondozási szükséglet megalapozó egyéb körülmények alapján kérik, a 3. pontban megjelölt körülmények igazolásához a gondozási szükséglet vizsgálata során az alábbi dokumentumokat kell bemutatni:</p>
<p>- 3.ba) alpont esetén az orvos szakértői szerv vagy a Pszichiátriai, illetve Neurológiai Szakkollégium által befogadott demencia centrum vagy pszichiáter, neurológus, geriáter szakorvos szakvéleménye</p>
<p>- 3.bb) alpont esetén: személyazonosításra alkalmas igazolvány másolata</p>
<p>- 3.bc) alpont esetén: személyazonosításra alkalmas igazolvány másolata és a települési önkormányzat jegyzőjének igazolása a közművesítés hiányáról</p>
<p>- 3.bd) alpont esetén: személyazonosításra alkalmas igazolvány másolata és az ellátást megállapító jogerős határozat vagy az ellátás folyósítását igazoló irat másolata</p>
<p>- 3.be) és bg) alpont esetén: személyazonosításra alkalmas igazolvány másolata és az orvos szakértői szerv, illetve jogelődje érvényes és hatályos szakvéleményének, szakhatósági állásfoglalásának másolata az önkiszolgálási képesség hiányáról</p>
<p>- 3.bf) alpont esetén: személyazonosításra alkalmas igazolvány másolata és a nyugdíjat, járadékot megállapító jogerős határozat, vagy a kérelem benyújtását megelőző havi nyugdíj-folyósítási, járadékfolyósítási csekkszelvény vagy bankszámlakivonat másolata</p>

5. Védőoltásokat igényli-e? – megfelelő aláhúzendó

Influenza ellen	Tüdőgyulladás ellen	Egyéb járvány elleni időszakos védőoltás
-----------------	---------------------	--

6. Milyen gyógyászati OEP térítésre felírt segédeszközöket vett igénybe, mikor? /Pl: műfogsor, bot, járókeret, fülhallgató, pacemaker, kerekesszék, decubitus matrac, szoba wc

--

7. Közgyógyellátási igazolvánnyal rendelkezik-e? – megfelelő aláhúzendó

Igen	Nem
------	-----

8. Személy(ek), akik felvilágosítást kaphatnak a lakó mindenkori állapotáról	
Név, telefonszám:	
Név, telefonszám:	
Név, telefonszám:	

9. Az esetleges kórházi kezelésről, egészségügyi beavatkozásról nyilatkozó személy abban az esetben ha a lakó állapota miatt erre képtelen	
Név, telefonszám:	

10. Milyen felekezetű lelkészt hívjunk az állapot rosszabbra fordulásakor a betegágyhoz - megfelelő aláhúzendó			
Római katolikus	Református	Evangélikus	Más felekezet

11. Halál esetére történő nyilatkozat – megfelelő aláhúzendó	
Temetés módja:	hamvasztásos / koporsós
Temető neve, címe:	
Temetés (felekezeti) szertartása:	

12. A temetést intéző személy, vagy intézmény – megfelelő kitöltendő vagy aláhúzendó	
Hozzá tartozó név, telefonszám:	
Názáret Otthon	
Egyéb szervezet	

Alulírott kérelmező/törvényes képviselő büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, fertőző betegségben (TBC, MRSA, Hepatitis, HIV, stb.) nem szenvedek. Az intézménybe való beköltözésemnek fertőző betegség nem akadály.

Kelt: Ráckeve,.....

.....
ellátást igénybe vevő/törvényes képviselő