

**KÉRELEM**

**szociális ellátás igénybevételéhez**

**Katolikus Szeretetszolgálat Szent Vendel Otthon**

|  |
| --- |
| **Az ellátást igénybe vevő adatai:**  |
| Név: Születési név: |
| Anyja neve: |
| Születési helye, időpontja: |
| Lakóhelye: |
| Tartózkodási helye: |
| Telefonszáma: |
| Állampolgársága: Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása: |
| Társadalombiztosítási Azonosító Jele: |
| Tartásra köteles személy |
| 1. neve:
 |
| 1. címe, email címe:
 |
| 1. telefonszáma:
 |
| Legközelebbi hozzátartozójának |
| 1. neve:
 |
| 1. születési neve:
 |
| 1. anyja neve:
 |
| 1. címe, email címe:
 |
| 1. telefonszáma:
 |
| Törvényes képviselőjének |
| 1. neve:
 |
| 1. címe, email címe:
 |
| 1. telefonszáma:
 |
| Az ellátást igénybe vevő cselekvőképességének mértéke (a megfelelő aláhúzandó):1. cselekvőképes 2. kizáró gondnokság
2. korlátozó gondnokság 4. ideiglenes gondnokság
 |

|  |
| --- |
| 1. **A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételére vonatkozó adatok:**
 |
| 1. Ápolást-gondozást nyújtó intézmény
 |
|  milyen időtartamra kéri a szolgáltatás biztosítását: |
|  határozott (annak ideje) |
|  határozatlan |
| 1. soron kívüli elhelyezést kér-e:
 |
|  ha igen, annak oka: |
| 1. **Idősotthoni ellátás igénybevételének feltételei:**
 |
| 1. az elhelyezést az általános szabályok szerint (nem a b pontban felsorolt körülmények alapján) kéri:
 |
| 1. 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 fogyatékossági támogatásban részesül |
|  be.) az ellátást igénylő egyedül él, a hallási fogyatékosságon kívüli okból fogyatékossági 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. |

|  |
| --- |
|  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 |
|  4.2. Amennyiben a **3.b.pont** szerint az idősotthoni ellátást a gondozási szükségletet megalapozó egyéb körülmények alapján kérik, a 3. pontban megjelölt körülmények igazolásához a gondozási szükséglet vizsgálata során az alábbi dokumentumokat kell bemutatni: |
| * 3.ba) alpont esetén az orvos szakértői szerv vagy a Pszichiátriai, illetve Neurológiai Szakkollégium által befogadott demencia centrum vagy pszichiáter, neurológus, geriáter szakorvos szakvéleménye
 |
| * 3.bb) alpont esetén: személyazonosításra alkalmas igazolvány másolata
 |
| * 3.bc) alpont esetén: személyazonosításra alkalmas igazolvány másolata és a települési önkormányzat jegyzőjének igazolása a közművesítés hiányáról
 |
| * 3.bd) alpont esetén: személyazonosításra alkalmas igazolvány másolata és az ellátást megállapító jogerős határozat vagy az ellátás folyósítását igazoló irat másolata
 |
| * 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
 |
| * 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
 |

|  |
| --- |
|  **5.Védőoltásokat igényli-e?** – *megfelelő aláhúzandó* |
| Covid/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 aláhúzandó* |
| 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 aláhúzandó* |
| Római katolikus | Református | Evangélikus | Más felekezet |

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

|  |
| --- |
|  **12. A temetést intéző személy, vagy intézmény** – *megfelelő kitöltendő vagy aláhúzandó* |
| Hozzátartozónév, telefonszám, személyi igazolvány száma : |  |
|  Szent Vendel 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 akadálya.

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

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

 ellátást igénybe vevő/törvényes képviselő