



Enyingi Egyesített Szociális Intézmény

8130 Enying, Szabadság tér 2.
Tel/Fax: 22/372-311; 22/572-065
e-mail: enying@egyszocint.axelero.net

Kérelem a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez

Az ellátást igénybe vevő adatai:

Név:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési helye, ideje:

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Telefonszáma:

Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)

Neve:

Lakóhelye:

Telefonszáma:

Milyen típusú ellátás igénybevételét kéri:

- Étkeztetés: ☐
- Házi segítségnyújtás ☐
- Idősek nappali ellátása ☐

az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása

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:

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	

Kiskorú igénybe vevő esetén a családban élőkre vonatkozó (nettó) jövedelmi adatok:

A család létszáma: fő		Munka- viszonyból és más foglalkozta- tási jogviszony- ból származó	Társas és egyéni vállalkozásb- ól, őstermelői, szellemi és más önálló tevékenység- ből származó	Táppénz, gyermek- gondozási támogatáso- k	Önkormány- zat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások	Egyéb jövedelem
Az ellátást igénybe vevő kiskorú							
A közeli hozzátartozók neve, születési ideje	Rokoni kapcsolat						
1)							
2)							
3)							
4)							
5)							
ÖSSZESEN:							

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

IGAZOLÁS

Az étkezést igénybevevő egészségi állapotáról:

Név:

Születési hely, idő:

Lakóhely:

TAJ szám:

1. Önellátásra vonatkozó megállapítások (a megfelelő rész megjelölendő):

önellátásra képes ☐

részben képes ☐

segítséggel képes ☐

Az állapot:

időleges ☐

végleges ☐

2. Rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e:

igen ☐

nem ☐

3. Fertőző betegségben szenved-e:

igen ☐

nem ☐

4. Háziorvos / szakorvos egyéb megjegyzései:

javaslom

nem javaslom

Kelt:

P.H.

.....
orvos aláírása

*Az Enying Város Önkormányzata Képviselő-testületének 4/2021 (I.29.) 7.§ 9.pontja alapján
töltendő*

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, idők nappali ellátása igénybevétele esetén

1.1 krónikus betegségek (kérjük sorolja fel):

1.2 fertőző betegségek: (kérjük sorolja fel):

1.3 fogyatékoság (típusa és mértéke):

1.4 egyéb megjegyzések, pl. speciális diéta szükségessége:

2. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételeire 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 diétára szorul-e:

3.6. szenvedélybetegség:

3.7. pszichiátriai megbetegedés:

3.8. fogyatékoság(típusa, mértéke):

3.9 demencia:

3.10. gyógyszeresedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek:

4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:

Dátum:

Orvos aláírása:

P. H.