



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
- jelzőrendszeres házi segítségnyújtás
- Idősek nappali ellátása

I. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

(a házi orvos, kezelő orvos, vagy kórházi kezelés esetén a kórházi osztályos orvos tölti ki)

Név (születési név):

Születési hely, idő :

Lakóhely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jel:

1. Házi segítségnyújtás, jelz rendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás 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. Jelz rendszeres házi segítségnyújtás igénybevételére vonatkozóan igazolom, hogy egészségi állapota alapján a jelz rendszeres házi segítségnyújtás biztosítása

indokolt

nem indokolt

3. Átmeneti elhelyezés (az éjjeli menedékhely kivételével), ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmények, lakóotthon esetén

3.1. esettörténet (elzmények 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):

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

4. A házi orvos (kezelő orvos) egyéb

megjegyzései:

Dátum:

Orvos aláírása:

P. H.

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

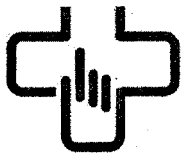
Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó jövedelmi adatok:

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	

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



SOS KÖZPONT

4.számú melléklet

Adatlap

Szerződő adatai

Szerződő neve:	
Címe:	
Anyja neve:	
Születési hely/idő:	
Azonosító okmány száma:	
Telefonszáma:	
E-mail címe:	

Biztosított adatai:

Biztosított neve:	
Címe:	
Állandó lakhelye:	
Anyja neve:	
Születési hely/idő:	
TAJ száma:	
Azonosító okmány száma:	
Vércsoport:	
Magasság:	
Testsúly:	
Telefonszáma:	

Egyéb információk

Diagnózis(-ok) pontos leírása (utolsó zárójelentés alapján): betegségek, gyógyszerek stb,	
Gyógyszerek:	
Gyógyszerérzékenységek, allergiák:	
Sportolás, mozgás, szabadidős tevékenységek:	
Kapukód:	
Pótkulcs	Név: Tel: Cím:
Háziállat:	
Egyéb megjegyzés	

Értesítendők és/vagy hozzátartozók

Gondozó szolgálati ügyelet telefonszám. Gondozási központ címe, neve.	
Tűzoltóság telefonszáma.	
Rendőrségi ügyelet száma.	
Orvosi ügyelet neve, telefonszám:	
Értesítendő 1 neve, telefonszám:	Kód:
Kapcsolat (fia/lánya/szomszéd stb.)	
Értesítendő 2 neve, telefonszám:	Kód:
Kapcsolat (fia/lánya/szomszéd stb.)	
Értesítendő 3 neve, telefonszám:	Kód
Kapcsolat (fia/lánya/szomszéd stb.)	
Értesítendő 4 neve, telefonszám:	Kód:
Kapcsolat (fia/lánya/szomszéd stb.)	

	IMEI- szám	Mobil hívó szám	SIM kártya szám
1.			

Hozzájárulok, hogy a nevesített háziállatot krízishelyzet esetén kíméletes módon semlegesítsék. igen
nem

Kijelentem, hogy a fentiek a valóságnak megfelelnek, a nevesített személyek tudomással bírnak a feladatukról.

A fenti adatok megfelelnek a valóságnak:

Budapest, 2019..... hó nap

Gondozási Központ

Biztosított

Az adatokat a rendszerbe felvezette:

aláírás

Dátum:

A bevitt adatok helyességét ellenőriztem: