



MAGYAR MÁLTAI SZERETETSZOLGÁLAT

Nyilvántartási szám:
(beérkezését követően az intézmény tölti ki)

Kérelem szociális intézmény ellátás igényléséhez

1. A kért szolgáltatástípus megjelölése (a megfelelő választ kérem, szíveskedjék aláhúzással jelölni):

idősek otthona

fogyatékosok otthona

A kért ellátás helye fogyatékosok otthona esetében:

Ssz.	Intézmény megnevezése	Intézmény címe
1.	Gondviselés Háza- Fogyatékosok és Időskorúak Otthona Ivánc	9931 Ivánc, Kossuth L.u.1.

2. Az ellátást igénylő adatai

a kérelmező neve	
a kérelmező születési neve	
születési helye és ideje	
anyja születési neve	
Társadalombiztosítási Azonosító Jele	
a kérelmező telefonszáma	
a kérelmező lakóhelye	
a kérelmező tartózkodási helye	
a kérelmező értesítési címe	
a kérelmező állampolgársága,	
bevándorolt, letelepedett vagy menekült, hontalan jogállása, a szabad mozgás és tartózkodás jogára vonatkozó adat	
a kérelmező cselekvőképességére vonatkozó adat	
a kérelmező törvényes képviselőjének neve	
a kérelmező törvényes képviselőjének születési neve	
a kérelmező törvényes képviselőjének telefonszáma	
a kérelmező törvényes képviselőjének lakóhelye	
a kérelmező törvényes képviselőjének tartózkodási helye	



a kérelmező törvényes képviselőjének értesítési címe	
a kérelmező megnevezett hozzátartozójának neve	
a kérelmező megnevezett hozzátartozójának születési neve	
a kérelmező megnevezett hozzátartozójának telefonszáma	
a kérelmező megnevezett hozzátartozójának lakóhelye	
a kérelmező megnevezett hozzátartozójának tartózkodási helye	
a kérelmező megnevezett hozzátartozójának értesítési címe	
oron kívüli ellátásra vonatkozó igény megjelölése	
csak idősek otthona ellátás igénylése esetén kitöltendő	
a kérelmező megnevezett nagykorú gyermekének neve	
a kérelmező nagykorú gyermekének születési neve	
a kérelmező nagykorú gyermekének telefonszáma	
a kérelmező nagykorú gyermekének lakóhelye	
a kérelmező nagykorú gyermekének tartózkodási helye	
a kérelmező nagykorú gyermekének értesítési címe	

3. Az ellátás időtartama (a megfelelő választ kérem, szíveskedjék aláhúzással jelölni):

határozott

határozatlan

határozott időtartam esetén az elhelyezés időtartama:
(év, hónap)

Nyilatkozat:

Alulírott kérelmező hozzájárulok az adataim elektronikus úton történő rögzítéséhez, azok igénybe vevői nyilvántartásba vételéhez.

{1993. évi 3. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról (a továbbiakban: Szt.) 20/C. § (1)
A szociális hatóság a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások, szolgáltatások finanszírozásának ellenőrzése céljából nyilvántartást vezet.



MAGYAR MÁLTAI SZERETETSZOLGÁLAT

415/2015. (XII. 23.) Korm. rendelet a szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi igénybevevői nyilvántartásról és az országos jelentési rendszerről

1. § (1) A Kormány

a) a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény (a továbbiakban: Szt.) 20/C. §-a szerinti, a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások, szolgáltatások finanszírozásának ellenőrzése céljából, valamint a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény (a továbbiakban: Gyvt.) 139. § (2) bekezdése szerinti, a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti alapellátások és gyermekvédelmi szakellátások finanszírozásának ellenőrzése céljából vezetett nyilvántartást (a továbbiakban együtt: igénybevevői nyilvántartás) vezető szervként,
b) az Szt. 20/B. §-a és a Gyvt. 141/A. §-a szerinti országos jelentési rendszert vezető szervként és
c) az Szt. 20. § (2a) bekezdése szerinti szociális hatóságként,
valamint e nyilvántartások elektronikus adatfeldolgozójaként az Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság Központját (a továbbiakban: Központ) jelöli ki.)

A közölt adatok a valóságnak megfelelnek, a személyi adatok a személyi okmányokban bejegyzett adatokkal megegyeznek.

mellékletként becsatolt dokumentumok jegyzéke	igen	nem
	kérem, a megfelelő oszlopba „X”-t tenni szíveskedjék	
I. Egészségi állapotra vonatkozó igazolás		
II. Jövedelemnyilatkozat		
III. Vagyonynyilatkozat		
Kórházi zárójelentés másolata		
Szakorvosi javaslat		
Szakvélemény		
Rokkantságról szóló igazolás (határozat, stb.)		
Személyes adatokat igazoló dokumentum másolata		
Gondnökkirendelő határozat másolata		
Bíróági ítélet másolata gondnokság alá helyezésről		
Egyéb:		

Kelt:

.....
az ellátást kérelmező aláírása

.....
az ellátást kérelmező
törvényes képviselőjének aláírása



1. számú melléklet a 9/1999. (XI. 24.) SZCSM rendelethez

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, idősök 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 igénybevételére vonatkozóan igazolom, hogy egészségi állapota alapján a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás biztosítása		
indokolt o nem indokolt o		
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. 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.

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)



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 (nem kötelező megadni):

Az 1993. évi III. törvény 117/B. §-a szerint a mindenkor 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. Vagyonnyilatkozat” 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 állami foglalkoztatási 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)**



III.

VAGYONNYILATKOZAT

**(tartós bentlakásos intézményi ellátás kérelmezése esetén
kell kitölteni)**

1. A nyilatkozóra 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 (nem kötelező megadni):

A nyilatkozó vagyona:

2. Pénzvagyon

1. A nyilatkozó rendelkezésére álló készpénz összege: Ft

2. Bankszámlán/fizetési számlán rendelkezésre álló összeg, ideértve a bankszámlán/fizetési számlán lekötött betéteket és a betétszerződés alapján rendelkezésre álló összeget is: Ft

A számlavezető pénzintézet neve, címe:

3. Takarékbetét-szerződés alapján rendelkezésre álló összeg: Ft

A betétszámlát vezető pénzintézet neve, címe:

**Rehabilitációs intézmény és rehabilitációs célú lakóotthon esetén a „3. Ingatlanvagyon” pontot
nem kell kitölteni!**

3. Ingatlanvagyon

1. Lakástulajdon és lakótelek-tulajdon címe:

helyrajzi száma: , a lakás alapterülete: m², a telek alapterülete: m², tulajdoni hányad:
....., a szerzés ideje: év

Becsült forgalmi érték:Ft

Haszonélvezeti joggal terhelt: igen/nem *(a megfelelő aláhúzendó)*

2. Üdülőtulajdon és üdülőtelek-tulajdon címe:

helyrajzi száma:, az üdülő alapterülete: m², a telek alapterülete: m², tulajdoni hányad:
....., a szerzés ideje: év

Becsült forgalmi érték:Ft

3. Egyéb, nem lakás céljára szolgáló épület-(épületrész-)tulajdon megnevezése (zártkerti építmény, műhely, üzlet, műterem, rendelő, garázs stb.): címe:

helyrajzi száma:, alapterülete: m², tulajdoni hányad:, a szerzés ideje: év

Becsült forgalmi érték:Ft

4. Termőföldtulajdon megnevezése: címe:

helyrajzi száma:, alapterülete: m², tulajdoni hányad:, a szerzés ideje: év

Becsült forgalmi érték:Ft

5. 18 hónapon belül ingyenesen átruházott ingatlan címe

helyrajzi száma:, alapterülete m², tulajdoni hányad, az átruházás ideje év

Becsült forgalmi érték:Ft



MAGYAR MÁLTAI SZERETETSZOLGÁLAT

6. Ingatlanhoz kötődő vagyoni értékű jog:

A kapcsolódó ingatlan megnevezése címe:

helyrajzi száma:

A vagyoni értékű jog megnevezése: haszonélvezeti o, használati o, földhasználati o, lakáshasználati o, haszonbérleti o, bérleti o, jelzálogjog o, egyéb o.

Ingatlan becsült forgalmi értéke:Ft

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

Dátum:.....

.....
az ellátást igénybe vevő
(törvényes képviselő) aláírása

Megjegyzés:

Ha a nyilatkozó vagy kiskorú igénybe vevő esetén családtagja bármely vagyontárgyból egynél többel rendelkezi

k, akkor a vagyonyilatkozat megfelelő pontját a vagyontárgyak számával egyezően kell kitölteni. Amennyiben a vagyonyilatkozatban feltüntetett vagyon nem a Magyarország területén van, a forgalmi értéket a vagyon helye szerinti állam hivatalos pénznemében is fel kell tüntetni.



Beküldendő:

**Budapest Főváros Kormányhivatala (Rehabilitációs Hatósági és Orvosszakértői Főosztály)
1036 Budapest Lajos utca 160-162.**

ADATLAP (KÉRELEM)

a fogyatékos személyek alapvizsgálatáról, a rehabilitációs alkalmassági vizsgálatról, továbbá a szociális intézményekben ellátott személyek állapotának felülvizsgálatáról szóló 92/2008 (IV.23.) Korm. rendelet szerinti vizsgálat kezdeményezéséhez

□ alapvizsgálatához¹: fogyatékos személyek ápoló-gondozó otthonban, fogyatékos személyek ápoló-gondozó célú lakóotthonban, fogyatékos személyek rehabilitációs célú lakóotthonban, fogyatékos személyek támogatott lakhatásában, illetve a fogyatékos személyek rehabilitációs intézményében ellátott.

□ felülvizsgálatához: fogyatékos személyek, ápoló-gondozó otthonban, fogyatékos személyek ápoló-gondozó célú lakóotthonban, fogyatékos személyek rehabilitációs intézményében, fogyatékos személyek rehabilitációs célú lakóotthonban, pszichiátriai rehabilitációs célú lakóotthonban, pszichiátriai rehabilitációs intézményben, szenvedélybetegek rehabilitációs célú lakóotthonában, szenvedélybetegek rehabilitációs intézményében ellátott. (Amennyiben jogszabály vagy szakvélemény ezt előírja)

1. Intézményi adatok

Kérelmező intézmény neve: **Gondviselés Háza Fogyatékosok és Időskorúak Otthona Ivánc**
Intézmény típusa: **Tartós bentlakásos ápolást, gondozást nyújtó intézményi ellátás**
Az intézmény működési engedélye szerinti ellátottak célcsoportjának felsorolása:
értelmi fogyatékosok otthona, időskorúak ellátását biztosító részleggel, továbbá fogyatékos személyek lakóotthona
Az intézmény ágazati azonosítója: **S0006024**
A kérelmező intézmény címe: **9931 Ivánc, Kossuth L. u. 1.**
Elérhetősége: **Tel: 06-94/542-037** Email: **berta.monika@maltai.hu**

Felülvizsgálatot kérelmező közeli hozzátartozó esetén (a hozzátartozóra vonatkozó adatokat kizárólag abban az esetben kell kitölteni, amennyiben a közeli hozzátartozó kezdeményezte a felülvizsgálatot)

Közeli hozzátartozó neve: _____
Rokonsági foka: _____
Közeli hozzátartozó címe: _____
Elérhetősége: Telefon: _____ Email: _____

2. A vizsgálattal érintett igénylő személyes adatai

Név: _____
Születési név: _____
Születési hely/idő: _____ hely _____ év _____ hó: _____ nap
Anyja születési neve: _____

¹ A megfelelő rész aláhúzendő.



MAGYAR MÁLTAI SZERETETSZOLGÁLAT

Az igénylő TAJ száma: _____

Állandó lakcím/ tartózkodási helyének címe:

Irányítószám: _____ Település: _____

Utca: _____ Hsz: _____ Em: _____ Ajtó: _____

Ha intézményben él, annak pontos neve: _____

Címe: _____

Elérhetősége: Telefon: _____ Email: _____

Típusa: _____

Intézményi jogviszony kezdete: _____

Megállapodás kelte: _____ Ellátás formája: _____

A vizsgálatot kérő személy: gondnokság alatt áll-e?

igen

nem

A gondnokság formája: _____

Ügycsoport korlátozások: _____

Amennyiben igen, a gondnok/törvényes képviselő neve: _____

Címe: _____

3. A vizsgálathoz szükséges egyéb információk

A korábbi (előző) alapvizsgálat vagy felülvizsgálat időpontja: _____

Soron kívüli elhelyezést kér-e? (kérjük aláhúzni)

igen

nem

Ha igen, ennek rövid indoklása (9/1999. (XI. 24.) SzCsM r. alapján)

4. A vizsgált személy állapotára vonatkozó információk

Segédeszközt használ-e?

igen

nem

Milyen segédeszközt? (pl: hallókészülék, tám bot, szemüveg stb.) _____

Önálló helyváltoztatásra képes-e az igénylő? _____

5. A vizsgálat típusa

Alapvizsgálat kérése az alábbi intézményi elhelyezéshez²:

fogyatékos személyek ápoló- gondozó otthona

fogyatékos személyek ápoló- gondozó célú lakóotthona

² A megfelelő rész aláhúzendó.



MAGYAR MÁLTAI SZERETETSZOLGÁLAT

fogyatékos személyek rehabilitációs célú lakóotthona

fogyatékos személyek rehabilitációs intézménye

fogyatékos személyek támogatott lakhatása (kérjük a megfelelőt aláhúzni)

Felülvizsgálat kérése az alábbi intézmény részéről:

fogyatékos személyek ápoló- gondozó otthona

fogyatékos személyek ápoló-gondozó célú lakóotthona

fogyatékos személyek rehabilitációs célú lakóotthona

fogyatékos személyek rehabilitációs intézménye

pszichiátriai betegek rehabilitációs célú lakóotthona

pszichiátriai betegek rehabilitációs intézménye

szenvedélybetegek rehabilitációs célú lakóotthona

szenvedélybetegek rehabilitációs intézménye (Amennyiben jogszabály vagy szakvélemény ezt előírja)

Az ellátás:

határozott idejű

határozatlan idejű

A vizsgált személy egészségi állapotára/fogyatékoságára vonatkozó orvosi vélemény

Az intézmény orvosa/kezelőorvosa tölti ki

Diagnózis/BNO kód _____

Rövid kórelőzmény (szakorvosi lelet, zárójelentés) alapján: _____

Általános állapot: _____

Károsodott funkciók: _____

Egyéb megjegyzés/javaslat: _____

PH:

intézmény orvosa / kezelőorvos aláírása és
pecsétje

Dátum:



A vizsgálati kérelemhez az alábbi dokumentumok kerültek csatolásra: (kérjük felsorolni)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

a vizsgált személy és/vagy törvényes képviselő (közeli hozzátartozó, amennyiben a felülvizsgálatot a közeli hozzátartozó kezdeményezte) aláírása

Dátum: _____

PH:

intézményvezető

A kérelemhez csatolandó dokumentumok:

- Az ellátott azonosításához szükséges iratok másolata, (Személyazonosító Igazolvány másolata, Lakcímet Igazoló Hatósági Igazolvány másolata, Társadalombiztosítási azonosító jele).
- A vizsgálat lefolytatásához szükséges, az ellátott egészségi, mentális állapotával kapcsolatos dokumentáció (12 hónapnál nem régebbi szakorvosi leletek, zárójelentések, fogyatékoság, illetve a betegség jellege szerinti szakorvosi vélemény, felülvizsgálat esetén lehet az intézmény orvosa által kiállított szakorvosi vélemény is).
- A fogyatékoságával összefüggő gyógypedagógiai és egyéb dokumentáció (pl. IQ teszt, MAWI mozaik próba, PAC teszt, igény szint vizsgálat stb.).
- Az ellátott egyéni gondozási terve, egyéni fejlesztési terve, - ha ezek a vizsgálat kezdeményezésének időpontjában még nem kell elkészíteni – az előgondozás dokumentációja.
- Az ellátott egyéni rehabilitációs programja, illetve – ha ezek a vizsgálat kezdeményezésének időpontjában még nem kell elkészíteni – az előgondozás dokumentációja, (kizárólag felülvizsgálat esetén).
- A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybe vételéről szóló 9/1999.(XI.24.) SZCSM rendelet 1. számú melléklete szerint, az ellátott egészségi állapotára vonatkozó igazolás (kizárólag alapvizsgálat esetén).
- A fogyatékoságról vagy az egészségkárosodásról kiadott hatósági határozat, szakhatósági állásfoglalás vagy szakvélemény másolata (2013. év előtti, amennyiben rendelkezésre áll.)
- Gondnok kirendelő határozat

Amennyiben a vizsgálati adatlap kitöltésével kapcsolatosan kérdése, észrevétele van, kérem szíveskedjen a budapest@rehab.bfkh.gov.hu e-mail címen jelezni, "Alapvizsgálat/ Felülvizsgálat" megjelölésével.



NYILATKOZAT

(1993 évi III. törvény
a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról 94/C. § (2a) pontja alapján)

Alulírott (született:, anyja neve:
....., lakcím:, **nyilatkozom**, hogy az intézményi
elhelyezéssel kapcsolatos kérésem a következő:

- ☐ időskorúak gondozási részlegére szeretnék költözni
- ☐ egészségügyi állapotom miatt akadálymentes környezet biztosítása szükséges
- ☐ fiatalok között szeretnék élni
- ☐ Lakóotthonban kérek elhelyezést biztosítani

Továbbá nyilatkozom arról, hogy az intézmény ápoló munkavállalói **korra és nemre való tekintet nélkül**, a saját személyi higiéniám (rendszeres tisztálkodás, a haj és szőrzet tisztán tartása, a köröm- és szájjápolás) betartása érdekében végzett napi tisztálkodási feladataimban segítséget nyújtsanak.

Kelt:

.....
Kérelmező/Törvényes képviselő



Az alábbi iratok másolatait a kérelemmel együtt kérjük beadni!

- utolsó havi nyugdíjas szelvény
- születési anyakönyvi kivonat
- érvényes személyi igazolvány
- TAJ kártya
- orvosi zárójelentések
- az elhelyezést a gondozási szükségletet megalapozó egyéb körülmények alapján kéri - kérelem 2.4.b) pontja szerinti igazolások benyújtása

Intézeti elhelyezés az alábbi iratok megléte esetén lehetséges, folyamatosan kérjük beszerezni:

- időssek esetén intézményvezető és háziorvos által kiállított igazolásgondozási szükséglettről
- fogyatékosok esetében alapvizsgálat megléte
- értesítés a férőhely elfoglalásáról (írásban és telefonon)
- házassági anyakönyvi kivonat házasságban élő esetén
- házastárs halotti anyakönyvi kivonata özvegy esetén
- adóazonosító kártya
- 2 db igazolvány fénykép
- elhelyezést megelőzően (8 napnál nem régebbi) kért negatív széklet eredmény
- 3 hónapnál nem régebbi tüdőszűrésen részt vevő igazolás
- 55 év kor alatt az elhelyezést megelőzően kért negatív nőgyógyászati szűrővizsgálat
- fogyatékosok esetében pszichiátriai szakvélemény

06-20/260-57-97

06-94/542-037

06-94/542-037

06-94/542-037

Császárné Cserkuti Mónika szociális és terápiás részlegvezető

Gérnyiné Déri Boglárka szociális munkatárs

Jágerné Schmidt Veronika szociális munkatárs

Csonka Szabina foglalkoztatásszervező