Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egyesület
Int: Gondviselés Háza Ezüst Hárs Időskorúak Otthona
Cím: 7017 Mezőszilas Fő utca 55.
Telefon: 06-25- 247-014

KÉRELEM
szociális ellátás igénybevételéhez

1. Az ellátást igénybe vevő adatai:	
Név:	Születési név:
Anyja neve:	
Születési helye, időpontja:	
Lakóhelye:	
Tartózkodási helye:	
Állampolgársága:	Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása:
Társadalombiztosítási Azonosító Jele:	
Legközelebbi hozzátartozó:	
a) neve:	
b) címe, email címe:	
c) telefonszáma:	
Kérelmező megnevezett nagykorú gyermekének adatai	
a) neve:	
b) címe, email címe:	
c) telefonszáma:	
Törvényes képviselő (gondnokság esetén)	
a) neve:	
b) címe, email címe:	
c) telefonszáma:	
Az ellátást igénybe vevő cselekvőképességének mértéke (a megfelelő aláhúzandó):	
1. cselekvőképes,	2. kizáró gondnokság,
3.korlátozó gondnokság,	4. ideiglenes gondnokság

Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egyesület
Int: Gondviselés Háza Ezüst Hárs Időskorúak Otthona
Cím: 7017 Mezőszilas Fő utca 55.
Telefon: 06-25- 247-014

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. Idősotthoni ellátás igénybevételének feltételeinek fennállása (kérem jelölje)
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 villamosenergia-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 orvosszakértői 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 az orvosszakértői szerv, ill. jogelődje szakértői bizottságának szakvéleménye, szakhatósági állásfoglalása az önkiszolgálási képességének hiányát állapította meg.

Magyar Máltai Szeretetszolgálat Egyesület
Int: Gondviselés Háza Ezüst Hárs Időskorúak Otthona
Cím: 7017 Mezőszilas Fő utca 55.
Telefon: 06-25- 247-014

4.

4.a) 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.b) Amennyiben a **3.b. pont** szerint az idősotthoni ellátást a gondozási szükségletet megalapozó egyéb körülmények alapján kérik, a 4. pontban megjelölt körülmények igazolásához a gondozási szükséglet vizsgálata során az alábbi dokumentumokat kell bemutatni:
- 4.ba) alpont esetén az orvosszakértői szerv vagy a Pszichiátriai, illetve Neurológiai Szakkollégium által befogadott demencia centrum vagy pszichiáter, neurológus, geriáter szakorvos szakvéleménye
- 4.bb) alpont esetén: személyazonosításra alkalmas igazolvány másolata
- 4. bc) alpont esetén: személyazonosításra alkalmas igazolvány másolata és a települési önkormányzat jegyzőjének igazolása a közművesítés hiányáról
- 4.bd) alpont esetén: személyazonosításra alkalmas igazolvány másolata és az ellátást megállapító jogerős határozat vagy az ellátás folyósítását igazoló irat másolata
- 4. be) és bg) alpont esetén: személyazonosításra alkalmas igazolvány másolata és az orvosszakértői szerv, illetve jogelődje érvényes és hatályos szakvéleményének, szakhatósági állásfoglalásának másolata az önkiszolgálási képesség hiányáról
- 4. 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

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

Dátum: .....

_____
ellátást igénybe vevő/törvényes képv.