



Nyilvántartási szám:
(az intézmény tölti ki)

Kérelem a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez
a 9/1999. (XI.24.) SzCsM rendelet 1. sz. melléklete alapján

1. Az ellátást igénylő adatai

Név:

Születési név:

Anyja születési neve:.....

Születési hely, idő:.....

TAJ száma:.....

Az ellátást igénylő állampolgársága:.....

Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása:.....

Bejelentett lakóhely:.....

Bejelentett tartózkodási hely:.....

Értesítési cím:.....

Telefonszám:.....

E-mail cím:.....



2. Amennyiben Önnek van törvényes képviselője, a törvényes képviselő adatai

Név:

Születési név:

Bejelentett lakóhely:.....

Bejelentett tartózkodási hely:.....

Értesítési cím:.....

Telefonszám:.....

E-mail cím:.....

3. Megnevezett hozzátartozó:

Név:

Születési név:

Bejelentett lakóhely:

Bejelentett tartózkodási hely:.....

Értesítési cím:.....

Telefonszám:.....

E-mail cím:

Rokonsági fok:



3. A kérelmező nagykorú gyermeke/gyermekei:

Név:

Születési név:

Bejelentett lakóhely:

Bejelentett tartózkodási hely:.....

Értesítési cím:.....

Telefonszám:.....

E-mail cím:

- 4. A kérelmező:** A) cselekvőképés, (nincs gondnokság alatt)
 B) cselekvőképességében részlegesen korlátozott, (korlátozó gondnokság)
 C) cselekvőképességében teljesen korlátozott, (kizáró gondnokság)
(kérem, aláhúzással jelölje)

5. Tartási vagy öröklési szerződést kötött-e: igen nem
(kérem, aláhúzással jelölje)

Igen válasz esetén a tartást és gondozást szerződésben vállaló személy adatai:

Név:

Születési név:

Bejelentett lakóhely:

Bejelentett tartózkodási hely:.....

Értesítési cím:.....



Magyar Máltai
Szeretetszolgálat

Gondviselés Háza – Időskorúak Otthona Hegyfalu
9631 Hegyfalu, Kossuth u. 2.
Tel.: 95/340-180

Telefonszám:.....

E-mail cím:

8. Soron kívüli elhelyezést kér-e: igen nem
(kérem, aláhúzással jelölje)

Igen válasz esetén, kérem, indokolja:

.....
.....

9. Milyen időtartamra kéri a szolgáltatás biztosítását:

határozott:

határozatlan

(kérem, aláhúzással jelölje, a határozott időt pontosan jelölje meg, pl. 3 hónap)

Nyilatkozat:

Alulírott kérelmező hozzájárulok az adataim elektronikus úton történő rögzítéséhez, azok nyilvántartásához.

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

Dátum:

az ellátást kérelmező aláírása

az ellátást kérelmező törvényes
képviselőjének aláírás

1. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

(a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)

Név (születési név):

Születési hely, idő:

Lakóhely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jel:

1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás és nappali ellátás (idős, fogyatékos, demens személyek részére) igénybevétele esetén
(házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás esetében az 1. 1. pontot nem kell kitölteni):

1. 1. önellátásra vonatkozó megállapítások:

önellátásra képes

részben képes

segítséggel képes

1.2. szenved-e krónikus betegségben:

1.3. fogyatékoság típusa (hallássérült, látássérült, mozgássérült, értelmi sérült) és mértéke:

1.4. rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e:

1.5. gyógyszerek adagolásának ellenőrzése szükséges-e:

1.6. szenvedett-e fertőző betegségben 6 hónapon belül:

1.7. egyéb megjegyzések:

2. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételére 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. szenvedélybetegségben szenved-e:

3.7. pszichiátriai megbetegedésben szenved-e:

3.8. fogyatékoságban szenved-e (típusa, mértéke)

3.9. idősotthoni ellátás esetén demenciában szenved-e:

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

4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:

Dátum:

Orvos aláírása:

P.H.

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)



36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet 3. számú melléklete

A 3. számú melléklet szerinti értékelő adatlapot csak az időskorúak ellátás iránti kérelem előterjesztése esetében kell alkalmazni a gondozási szükséglet megállapítására.

Értékelő adatlap

Személyes adatok

Név:

Születési hely, idő:

Lakcím:

Törvényes képviselőjének neve, elérhetősége:

Mérőtábla

Tevékenység, funkció	Értékeljen 0-4 pont között (a pontérték a szükséges segítség mértékével emelkedik)	Intézményvezető	Orvos
Térbeli-időbeni tájékozódás	0: mindig, mindenkor térben, időben, személyeket illetően tájékozott 1: esetenként segítségre, tájékoztatásra szorul 2: részleges segítségre, tájékoztatásra szorul 3: gyakran tájékozatlan 4: térben-időben tájékozatlan	X	
Helyzetnek megfelelő viselkedés	0: mindig, mindenkor a helyzetnek megfelelően viselkedik 1: esetenként bonyolultabb helyzetekben segítségre szorul 2: gyakran az adott helyzetnek nem megfelelően viselkedik 3: nem megfelelő viselkedése gyakran kellemetlenséget okoz, reakciója nem kiszámítható - viselkedési kockázat 4: nem képes az adott helyzetnek megfelelően viselkedni	X	
Étkezés	0: önmagát kiszolgálja, önállóan étkezik 1: felszolgálást igényel, de önállóan étkezik 2: felszolgálást és evőeszköz tisztításához segítséget igényel 3: felszolgálás és elfogyasztáshoz részbeni segítséget igényel 4: teljes segítséget igényel az étel elfogyasztásához		X
Öltözködés	0: nem igényel segítséget 1: önállóan végzi, de a megfelelő ruhaneműk kiválasztásához segítséget igényel 2: egyes ruhadarabok felvételében igényel segítséget 3: jelentős segítséget igényel az öltözködésben, megfelelő öltözet kiválasztásában 4: öltöztetés, vetkőzés minden szakaszában segítségre szorul		X
Tisztálkodás (személyi higiéne biztosítása)	0: szükségleteit felmérve önállóan végzi 1: szükségleteit felismeri, bizonyos feladatokhoz segítséget igényel 2: szükségleteit felismeri, tisztálkodni csak segítséggel tud 3: részlegesen ismeri fel szükségleteit, segítséget igényel 4: nem ismeri fel szükségleteit, tisztálkodni önállóan nem képes		X

WC használat	<p>0: önálló WC használatban, öltözködésben, higiénés feladatait ellátja</p> <p>1: önállóan használja WC-t, de öltözködésben, illetve higiénés feladatokban ellenőrizni kell</p> <p>2: önállóan használja WC-t, de öltözködésben, illetve higiénés feladatokban segíteni kell</p> <p>3: segítséget igényel WC használatban, öltözködésben, higiénés feladatok elvégzéséhez</p> <p>4: segítséggel sem képes WC használatra, öltözködésre, higiénés feladatok elvégzésére</p>		X
Kontinencia	<p>0: vizeletét, székletét tartani képes</p> <p>1: önállóan pelenkát cserél, elvégzi a higiénés feladatait</p> <p>2: pelenka cserében, öltözködésben, illetve higiénés feladatokban alkalmanként segítséget igényel</p> <p>3: rendszeres segítséget igényel pelenka cserében, öltözködésben, higiénés feladatok elvégzésében</p> <p>4: inkontinens, teljes ellátásra szorul</p>		X
Kommunikáció Képes-e megfogalmazni, elmondani a panaszát, megértie, amit mondanak neki	<p>0: kifejezőkészsége, beszédértése jó</p> <p>1: kommunikációban időszakosan segítségre szorul</p> <p>2: beszédértése, érthetősége megromlott</p> <p>3: kommunikációra csak segédeszközzel vagy csak metakommunikációra képes</p> <p>4: kommunikációra nem képes</p>		X
Terápiakövetés Rábízható-e az előírt gyógyszerek adagolása, szedése	<p>0: az orvos utasításait, előírt gyógyszeres terápiát betartja</p> <p>1: gyógyszerelésben segítséget igényel, utasításokat betanítja</p> <p>2: elrendelt terápiát tartja, segítséggel tudja tartani az utasításokat</p> <p>3: elrendelt terápiát, utasításokat ellenőrzés mellett tartja</p> <p>4: gyógyszer bevétele csak gondozói ellenőrzéssel</p>	X	
Helyzetváltoztatás	<p>0: önállóan</p> <p>1: önállóan, segédeszköz használatával</p> <p>2: esetenként segítséggel</p> <p>3: gyakran segítséggel</p> <p>4: nem képes</p>		X
Helyváltoztatás	<p>0: önállóan</p> <p>1: segédeszköz önálló használatával</p> <p>2: segédeszköz használatával, segítséget esetenként igényel</p> <p>3: segédeszköz használatával, gyakran csak segítséggel</p> <p>4: nem képes</p>		X
Életvezetési képesség (felügyelet igénye)	<p>0: önállóan</p> <p>1: esetenkénti tanácsadás, részfeladatra betanítható</p> <p>2: személyes szükségletei ellátásában segítségre szorul</p> <p>3: személyes szükségletei ellátásában gyakran vagy rendszeresen segítségre szorul, belátási képessége hiányzik</p> <p>4: állandó 24 órás felügyelet</p>	X	



Látás	0: jól lát, szemüveg használata nélkül 1 : jól lát, szemüveg használatával 2: szemüveg használatára szorul, de elutasítja azt 3: szemüveg használatával sem kielégítő a látása (pl. hályog, érbetegség) 4: nem lát		X
Hallás	0: jól hall, átlagos hangerő mellett I : átlagos hangerő mellett időnkénti hallásproblémái vannak 2: hallókészülék használatára szorul 3: van hallókészüléke, de nem képes használni vagy elutasítja 4: nem hall		X
Fokozat	Intézményvezető és az orvos által adott összes pontszám		

Értékelés

Fokozat	Értékelés	Pontszám	Jellemzők
0.	Tevékenységeit elvégzi	0-19	Az egyén a vizsgált tevékenységeket el tudja végezni. A szolgáltatás a szociális és egészségi állapot szinten tartására korlátozódik.
1.	Egyes tevékenységekben segítségre szoruló	20-34	Az egyén egyes tevékenységekben hetente többször segítségre szorul vagy figyelmet, irányítást igényel.
II.	Részleges segítségre szoruló	35-39	Az egyén bizonyos tevékenységek elvégzésében napi rendszeres segítségre szorul vagy napi szintű kontrollt igényel.
III.	Teljes ellátásra szoruló	40-56	Az egyén teljes ellátásra, folyamatos gondozásra, ápolásra szorul, intenzív odafigyelést és gyakori beavatkozást igényel.

A gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól szóló 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet 4. (1) bekezdéspontja/alpontja szerinti egyéb körülmények állnak fenn.

A vizsgálat eredménye alapján:

– szociális segítség a gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól szóló 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet 3/A. (1) bekezdés b) pontalpontja szerinti egyéb körülmény alapján – személyi gondozás – idősotthoni elhelyezés nyújtható.

Dátum:

intézményvezető/szakértő

orvos

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 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

2023. május 1-től intézményünkben 24 lakószobában 70 férőhely esetén a Fenntartó bevezette a belépési hozzájárulást. Ezen férőhelyekre történő beköltözés a belépési hozzájárulás megfizetését követően valósulhat meg.

A belépési hozzájárulás megfizetésével vagy meg nem fizetésével kapcsolatos döntés a szolgáltatás igénylése kapcsán előnyt nem keletkeztet, hátrányt nem jelent.

Kérem, szíveskedjék nyilatkozni, hogy belépési hozzájárulás befizetéséhez kötött lakószobába kéri-e az idősek otthona szolgáltatást? A megfelelő választ húzza alá:

Igen Nem

Dátum:

.....
**Az ellátást igénybe vevő
(törvényes képviselő) aláírása**

Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó jövedelmi adatok:

Név:

Születési hely, idő:

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) aláírása**

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:

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. Üdültulajdon 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

6. Ingatlanhoz kötődő vagyoni értékű jog:

A kapcsolódó ingatlan megnevezése
címe: helyrajzi száma:
.....

A vagyoni értékű jog megnevezése: hasznélvezeti , használati , földhasználati ,
lakáshasználati , haszonbérleti , bérleti , jelzálogjog , egyéb .
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 az igénybe vevő bármely vagyontárgyból egynél többel rendelkezik, akkor a vagyonyilatkozat megfelelő pontját a vagyontárgyak számával egyezően kell kitölteni. Amennyiben a vagyonyilatkozatban feltüntetett vagyon nem Magyarország területén van, a forgalmi értéket a vagyon helye szerinti állam hivatalos pénznemében is fel kell tüntetni.

Tisztelt Kérelmező!

Ezúton szeretném tájékoztatni arról, hogy mely okiratokat szükséges csatolni az időskorúak otthonába az igénybevételi kérelem mellé.

A kérelem benyújtásakor csatolandó:

- a rendelkezésre álló orvosi szakvélemények és zárójelentések másolata
- személyi igazolvány fénymásolata
- lakcímkártya fénymásolata
- TAJ kártya fénymásolata

Amennyiben egyéb körülmények alapján jogosult az ellátásra:

- **demencia szakvélemény**
- OORSZI szakvélemény a fogyatékoságról, ill. MÁK határozat, amennyiben valamilyen fogyatékoságban szenved vagy
- MÁK határozat a fogyatékosági támogatás megállapításáról
- amennyiben a 70. életévét betöltötte, közművesíttelen lakóházban, tanyán é, ebben az esetben a közművesítés hiányát a települési önkormányzat jegyzője igazolja. .
- amennyiben a 80. életévét betöltötte és egyedül él erről szükséges nyilatkozni

Gondnokolt esetén, gondnokság alá helyezésről bírósági ítélet (ideiglenes gondnok kirendelő határozat) gondnokkirendelő határozat.

Továbbá tájékoztatni szeretném, hogy a kérelem egészségi állapotra vonatkozó igazolását és az értékelő adatlap házi orvosra vonatkozó részét legyen kedves a házi orvossal kitöltetni, aláírattni és visszajuttatni.

A bekerülést megelőzően szükséges elvégeztetni:

- tüdőszűrőt
- székletvizsgálatot, melyeknek eredményeit be kell nyújtani az intézménybe. A vizsgálat elvégzésének időpontjáról telefonon fogunk Önnel egyeztetni.

Amennyiben bármilyen kérdése van a kitöltéssel vagy a szolgáltatással kapcsolatban, nagyon szívesen állunk rendelkezésére. (Ügyintéző: Östör Hajnalka, tel: 95/340-180, 70/659-6474)

Amennyiben az intézményi térítési díj megfizetését vállalja, abban az esetben nem kell nyilatkozni a vagyonról.

Üdvözlettel:



Kiss Anita
intézményvezető



Magyar Máltai Szeretetszolgálat
Egyesület
Gondviselés Háza - Időskorúak Otthona
Hegyfalu
9631 Hegyfalu, Kossuth u. 2.
Adószám: 19C25702-2-43

5