

Szeretet Integrált Szociális Intézmény
Somogy Vármegye



Igazgatás: 7516, Berzence, Szabadság tér 1/3 Tel/Fax.: 82/546-130

Igazgató: Tel.: 82/546-131; 06-30/326 7277

E-mail: igazgato@berzenceszoci.hu

1.melléklet
a 30/2015.(XII.16.) SZGYF szabályzathoz

**Kérelem a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez
Drávakastély Otthon Drávatamási
Fogyatékosok Otthona**

**„A”
Az ellátást igénylő adatai**

Név:

Születési (leánykori) név:

Anyja neve:

Születési helye, időpontja:

Lakóhelye:

Tartózkodási helye a kérelem benyújtásakor:

Értesítési cím:.....

Telefonszám:.....

E-mail cím:.....

Állampolgársága:

TAJ száma:

Személyi igazolvány száma:

Adószáma:

A kérelmező: (kérjük aláhúzással jelölje)

- A) cselekvőképes
- B) cselekvőképességében részlegesen korlátozott
- C) cselekvőképességében teljesen korlátozott

Megnevezett hozzátartozó:

Név:

Születési név:.....

Bejelentett lakóhely:.....

Bejelentett tartózkodási hely:.....

Értesítési cím:.....

Telefonszám:.....

E-mail cím:.....

Rokonsági fok:.....

Törvényes képviselőjének - gondnokának - (ha a bíróság gondnokság alá helyezte):

Név:

Születési név:.....

Bejelentett lakóhely:.....

Bejelentett tartózkodási hely:.....

Értesítési cím:.....

Telefonszám:.....

E-mail cím:.....

Nagykorú gyermek adatai:

Név:

Születési név:.....

Bejelentett lakóhely:.....

Bejelentett tartózkodási hely:.....

Értesítési cím:.....

Telefonszám:.....

E-mail cím:.....

A kérelmezővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma:fő

Kötött-e tartási, vagy öröklési szerződést? igen nem
(Igen válasz esetén a tartást és gondozást szerződésben vállaló személyi adatai)

Név:

Születési név:.....

Bejelentett lakóhely:.....

Bejelentett tartózkodási hely:.....

Értesítési cím:.....

Telefonszám:.....

E-mail cím:.....

A kérelem benyújtásának oka: (kérjük, aláhúzással jelölje, több ok is jelölhető)

- az önellátó képesség csökkenése, illetve elvesztése
- jövedelmi, megélhetési okok
- a család ellátó képességének csökkenése, illetve elvesztése
- mentális vagy pszichés problémák
- lakhatással kapcsolatos problémák
- egyéb, és pedig:.....

Milyen időtartamra kéri a szolgáltatás biztosítását?

Határozott időre: (mettől-meddig)

Határozatlan időre: (kérjük jelölje x-el)

Soron kívüli elhelyezést kér-e? igen nem (kérjük húzza alá)

Ha igen annak oka: (kérjük jelölje a megfelelőt)

1. Az igénylő önmaga ellátására teljesen képtelen és nincs olyan hozzátartozója, aki ellátásáról gondoskodna és ellátása más egészségügyi, vagy szociális szolgáltatás biztosításával sem oldható meg.
2. A házi orvos, kezelő orvos szakvéleménye szerint soron kívüli elhelyezése indokolt.
3. Szociális helyzetében, egészségi állapotában olyan kedvezőtlen változás következett be, amely miatt soron kívüli elhelyezése vált szükségessé.
4. Kapcsolata a vele együtt élő hozzátartozójával, eltartójával helyrehozhatatlanul megromlott és a további együttélés életét, testi épségét veszélyezteti.

Ezen kérelem benyújtásával egy időben más intézménybe benyújtotta- e az elhelyezési kérelmet ?
(a megfelelőt kérjük aláhúzni)

igen

nem

Ha igen, a kért intézménytípus megjelölése az igények sorrendjében:

Sorszám	Intézményi ellátás típusa	Intézmény székhelyének címe	Intézmény telephelyének címe
1.			
2.			
3.			
4.			

A kérelem előterjesztésének, vagy a beutaló határozat beérkezésének időpontja: (az intézmény tölti ki)

.....

Az előgondozás lefolytatásának időpontja: (az intézmény tölti ki)

.....

Egyéb közlendő:

.....
.....
.....
.....
.....

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:.....

.....

ellátást kérelmező aláírása

.....

az ellátást kérelmező törvényes képviselőjének aláírása

„B”

Egészségi állapotra vonatkozó adatok
(a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)

Név:

Születési (leánykori) név:

Anyja neve:

Születési helye, időpontja:

Lakóhelye:

TAJ száma:

Önellátásra vonatkozó megállapítások (a megfelelőt kérjük aláhúzni):

önellátásra képes

részben képes

segítséggel képes

Esetttörténet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan):

Teljes diagnózis (részletes felsorolással, BNO kóddal):

Prognózis (várható állapotváltozás):

Ápolási – gondozási igények:

Speciális diétára szorul - e?:

Szenvedélybetegségben szenved - e?:

Pszichiátriai betegségben szenved - e?:

Szenved - e fogyatékoságban? (típusa, mértéke):

Gyógyszerelés gyakorisága, várható időtartama (végleges, időleges, stb.) valamint a kérelem benyújtásának időpontjában szedett gyógyszerek köre:

Soron kívüli elhelyezése indokolt, mert
(A megfelelőt kérjük bekarikázni, lásd „A” pontban.)

1. 2. 3. 4.

Háziorvos/kezelőorvos egyéb megjegyzései:

Dátum:.....

.....
orvos aláírása

„C”

I. 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

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	

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

A család létszáma: fő		Munka- viszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, szellemi és más önálló tevékeny- ségből származó	Táppénz, gyermek- gondozási támogatások	Önkormányzat és állami foglalkoztatási szervek által folyósított ellátások	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások	Egyéb jöve- delem
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**

II.
Vagyonynyilatkozat

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

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

6. Ingatlanhoz kötődő vagyoni értékű jog:

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

A vagyoni értékű jog megnevezése: haszonélvezeti , 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 a nyilatkozó vagy kiskorú igénybe vevő esetén családtagja 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.