**Kérelem a személyes gondoskodást nyújtó**

**IDŐSEK OTTHONA**

**szolgáltatás igénybevételéhez**

**„A” lap**

**1.Az ellátást igénybe vevő adatai:**

Név: ……………………………………………………………………………….Születési neve:……………………………………………………………………..

Anyja neve:……………………………………………………………………………………..Állampolgársága:…………………………………………………

Születési helye: ………………………………………………………………………………Időpontja:………………………….…………………………………

Lakóhelye: ……………………………………………………………………………………………………………………..…Tel:…………..……..………………..

Tartózkodási helye: ………………………………………………………………………………………………………..…Tel:……………..……..……………..

Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása: ……………………………………………………………………………………………………. Társadalombiztosítási Azonosító Jele: ………………………………………………………………………………………………………………………….

**Tartására köteles személy:**

NeveX: ……………………………………………………………………………………………………….. TelefonszámaX:…………………………..…………..

LakóhelyeX:…………………………………………………………………………………………………… Email címX:……………………………………………

**(X: kötelező kitölteni! )**

**Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének):**

NeveX: ……………………………………………………………………………………………………….. TelefonszámaX:…………………………..…………..

LakóhelyeX:…………………………………………………………………………………………………… Email címX:……………………………………………

**(X: kötelező kitölteni! )**

Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma: …………………………………….

**2. Az idősek otthonába történő elhelyezést az alábbiak figyelmébe vételével kérem:**

**(megfelelő részt kérjük X jelölni)**

* az elhelyezést az általános szabályok szerint /nem az a-b. pontokban felsorolt körülmények alapján/ kérem
* a) demencia kórkép legalább középsúlyos fokozata,
* b) az ellátást igénylő egyedül él, és
* ba) a 80. életévét betöltötte,
* bb) a 70. életévét betöltötte és lakóhelye Közműves vízellátás vagy közműves villamosenergia-ellátás nélküli ingatlan, vagy
* bc) hallási fogyatékossági támogatásban, vagy vakok személyi járadékban részesül, vagy
* bd) a bc) pont szerinti eseten kívüli okból fogyatékossági támogatásban részesül és az orvosszakértői szerv, ill. jogelődje szakértői bizottságának szakvéleménye, szakhatósági állásfoglalása az önkiszolgálási képességének hiányát állapította meg.
* I.rokkantsági csoportba tartozó rokkantsági nyugdíjban, baleseti rokkantsági nyugdíjban, illetve rokkantsági járadékban részesül,
* munkaképességét 100%- ban elvesztette, ill. legalább 80%-os mértékű egészségkárosodást szenvedett és az orvosszakértői szerv, ill. jogelődje szakértői bizottságának szakvéleménye, szakhatósági állásfoglalása az önkiszolgálási képességének hiányát állapította meg.

**3. Az Ellátás Igénybevételére vonatkozó adatok:**

* határozott időre kérem a szolgáltatás biztosítását………………………………………………………....................
* határozatlan időre kérem a szolgáltatás biztosítását
* soron kívüli elhelyezést kérek …………………………………………………………………………………………………………

ha igen, annak oka:………………………………………………………………………………………………………………………….

**Szekszárd, 20………………………**

**……..……………………………………………**

**Az ellátást igénybe vevő/ törvényes képviselő**

Megjegyzés:

1. ha az elhelyezést az általános szabályok szerint kéri, a gondozási szükséglet megállapításához be kell mutatni a rendelkezésre álló leletek, szakvélemények másolatát.

2. amennyiben az idősotthoni ellátást gondozási szükséglet megalapozó egyéb körülmények alapján kéri, úgy az alábbi dokumentumokat kell bemutatni:

a) alpont esetén – az orvosszakértői szerv Pszichiátriai, ill. Neurológiai Szakkollégium által befogadott Demencia centrum szakvéleménye,

b) alpont esetén személyazonosításra alkalmas igazolvány másolata

ba) alpont esetén- személyazonosításra alkalmas igazolvány másolata

bb) alpont esetén- személyazonosításra alkalmas igazolvány másolata és a települési önkormányzat jegyzőjének igazolása a közművesítés hiányáról

bc) alpont esetén személyazonosításra alkalmas igazolvány másolata és az ellátást megállapító jogerős határozat, vagy az ellátást igazoló irat másolata

bd) és bf) alpont esetén- személyazonosításra alkalmas igazolvány másolata és az orvosszakértői szerv ill. jogelődje érvényes és hatályos szakvélemények, hatósági állásfoglalásának másolata az önkiszolgálási képesség hiányáról,

be) alpont esetén- személyazonosításra alkalmas igazolvány másolata és a nyugdíjat, járadékot megállapító határozat, vagy a kérelem benyújtását megelőző havi nyugdíjfolyósítási, járadékfolyósítási csekkszelvény vagy bankszámlakivonat másolata.

*EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ ADATOK*

*(a háziorvos, kezelőorvos, vagy kórházi kezelés esetén a kórházi osztályos orvos tölti ki)*

”B” lap

1. Esettörténet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan): ……………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………...............
2. Teljes diagnózis (részletes felsorolással, BNO kóddal): ……………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………...............
3. Prognózis (várható állapotváltozás): ……………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………...............
4. Ápolási-gondozási igények: ……………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………...
5. Speciális diétára szorul-e:. ………………………………………………………….........
6. Szenvedélybetegségben szenved-e:……………………………………………………….
7. Pszichiátriai betegségben szenved-e:……………………………………………….........

8. Szenved-e Fogyatékosságban (típusa,mértéke):………………………………………...

9. Demencia (mértéke): ........………………………………….............................................

10. Gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.),

valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek: ……………………………………………………………………………………………...……...……………………………………………………………………………………....

12. Szenvedett-e fertőzőbetegségben 6 hónapon belül:………………………………...........

13. Soron kívüli elhelyezése indokolt:.....…………………………………………………….

14. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:

*(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)* ……………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………...........

P. H.

Szekszárd, 20………………………

…………………………………..

Orvos aláírása:

***JÖVEDELEMNYILATKOZAT***

***„C”lap***

**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)*

…….............................................................................................................................................

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 1.-2. pontját és a „Vagyonnyilatkozat” nyomtatványt nem kell kitölteni
* **nem**

**1. Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó jövedelmi adatok:**

**A jövedelem típusa Összege:**

* 1. Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó: ……………………………………
  2. Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői,

szellemi és más önálló tevékenységből származó jövedelem: ……………………………………

* 1. Alkalmi munkavégzésből származó jövedelem: ..…………………………………..
  2. Táppénz, gyermekgondozási támogatások: ……...…………………………….
  3. Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások: ………...………………………….
  4. Önkormányzat és állami foglalkoztatási szervek által folyósított

ellátások (Amennyiben az erre vonatkozó igazolás beszerzését

hivatalból kéri, az ellátást folyósító szerv neve, címe, összege ): ……………………………………………………………….. ……..……………………………..

* 1. Egyéb jövedelem: ………...………………………….

**2.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.

**Szekszárd, 20...................**

**………………....................................................................**

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

***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)*

**A nyilatkozó vagyona:**

**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 aláhúzandó)*

**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. Termőföld tulajdon 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.**[**\***](https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99900009.scm#lbj75id711b)**Ingatlanhoz kötődő vagyoni értékű jog:**

**A kapcsolódó ingatlan megnevezése**................................................címe:........................................................ helyrajzi száma: ........................ **A vagyoni értékű jog megnevezése**: 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.

*Megjegyzés:*

Ha a nyilatkozó vagy kiskorú igénybe vevő esetén családtagja bármely vagyontárgyból egynél többel rendelkezik, akkor a vagyonnyilatkozat megfelelő pontját a vagyontárgyak számával egyezően kell kitölteni. Amennyiben a vagyonnyilatkozatban feltüntetett vagyon nem Magyarország területén van, a forgalmi értéket a vagyon helye szerinti állam hivatalos pénznemében is fel kell tüntetni.

Szekszárd, 20 ..........................

**.........................................................................................**

**Az ellátást igénybevevő(törvényes képviselő) aláírása**

***Értékelő adatlap***

Személyes adatok:

Név:

Születési hely, idő: TAJ:

Lakcím:

Törvényes képviselőjének neve, elérhetősége:

Mérőtábla

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

Összesen:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_pont

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. |
| I. | 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) bekezdés ........... pontja/alpontja szerinti egyéb körülmények állnak fenn.

A vizsgálat eredménye alapján:

- szociális segítés 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)*pont .........alpontja szerinti egyéb körülmény alapján

- személyi gondozás

- idősotthoni elhelyezés nyújtható.

4.§(1) Az Szt.68/A.§-ának (3) bekezdése szerinti gondozási szükségletet megalapozó egyéb körülmények a következők:

a) a demencia kórkép legalább középsúlyos fokozata, amelyet az orvosszakértői szerv vagy a Pszichiátriai, Neurológiai Szakkollégium által befogadott demencia centrum vagy pszichiáter, neurológus, geriáter szakorvos szakvéleményével igazoltak.

b) az ellátást igénylő egyedül él, és

ba) a 80. életévét betöltötte,

bb) a 70. életévét betöltötte és lakóhelye Közműves vízellátás vagy közműves villamosenergia-ellátás nélküli ingatlan, vagy

bc) hallási fogyatékossági támogatásban, vagy vakok személyi járadékban részesül, vagy

bd) a bc) pont szerinti eseten kívüli okból fogyatékossági támogatásban részesül és az orvosszakértői szerv, ill. jogelődje szakértői bizottságának szakvéleménye, szakhatósági állásfoglalása az önkiszolgálási képességének hiányát állapította meg.

be) I. rokkantsági csoportba tartozó rokkantsági nyugdíjban, baleseti rokkantsági nyugdíjban, illetve rokkantsági járadékban részesül,

bf) munkaképességét 100%-ban elvesztette, ill. legalább 80%-os mértékű egészségkárosodást szenvedett és az orvosszakértői szerv, ill. jogelődje szakértői bizottságának szakvéleménye, szakhatósági állásfoglalása az önkiszolgálási képességének hiányát állapította meg, amit az érvényes és hatályos szakvélemény, szakhatósági állásfoglalás másolataival igazoltak.

(2) Az életkort személyazonosításra alkalmas igazolvány másolatával kell igazolni. Az (1) bekezdés (bb) alpontja esetében közművesítés hiányát a települési önkormányzat jegyzője igazolja.

(3) Az (1)-(2) bekezdés szerinti igazolások beszerzésében a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről szóló miniszteri rendelet szerinti előgondozást végző személy segítséget nyújt az ellátást igénylőnek.

(4) Az (1) bekezdés szerinti körülmények fennállása esetén a gondozási szükséglet mértékét nem kell a 3. számú melléklet szerint értékelő adatlap alapján vizsgálni, azonban a gondozási szükségletet megalapozó egyéb körülmények fennállását az adatlapon jelölni kell.

A gondozási szükséglet felülvizsgálatát az intézmény fenntartójától lehet kérni.

Az értékelő adatlap másolati példányát átvettem (igénylő aláírása): ……………………………………………………………………………

1 A megfelelő aláhúzandó

2 A megfelelő aláhúzandó, a szociális segítés és a személyi gondozás együttesen is jelölhető 23042 MAGYARKÖZLÖNY¤ 2015. évi 185.szám

Dátum:

……………………………………………………………………………………. ………………………...……………………………………………

Intézményvezető/szakértő orvos

Nyilatkozat adatkezeléshez

Alulírott …………………………………………………, kijelentem, hogy a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló 1992.évi LXIII. törvény által biztosított adatkezeléshez történő jogomról, valamint a szolgáltatás igénybevételével járó adat-nyilvántartási kötelezettségről tájékoztatásban részesültem.

aláírásommal hozzájárulok, hogy a SZOCIÁLIS KÖZPONT Szekszárd Mérey.33-35, a személyes adataimról a nyilvántartást vezesse, hivatalos megkeresés esetén azokról adatot szolgáltasson, az együttműködés során tudomásomra jutott különleges adataimat a mindenkori hatályos jogszabályokban előírtak szerint kezelje.

………………………., 20 …………………

………………………………………

aláírás

**Felvételi kérelemhez csatolandó iratok fénymásolata:**

* zárójelentések
* Személyigazolvány
* Lakcímkártya
* TAJ- kártya
* Születési anyakönyvi kivonat
* Közgyógy. igazolvány (Ha van)
* Adóigazolvány
* COVID elleni védettséget igazoló igazolvány

**Elérhetőségünk:**

webhely: [www.szocialiskozpontszekszard.hu](http://www.szocialiskozpontszekszard.hu)

telefon: 06-74/319-040