Körös-szögi Kistérség
Szociális és Gyermekjóléti Intézménye

5540 Szarvas, Kossuth u. 19.
Tel.: +36 66 311-947, +36 20 318-0206
e-mail: szocintezmeny@szarvasnet.hu; adószám: 15583501-2-04

Kérelem a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez

(A formanyomtatvány az igényelt szociális ellátás típusának megfelelő adatok figyelembevételével töltendő ki)

1. Az ellátást igénybe vevő adatai:

Név: _____

Születési név: _____

Anyja neve: _____

Születési helye, időpontja: _____

Lakóhelye, telefonszáma:_____

Tartózkodási helye: _____

Állampolgársága: _____

Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása: _____

TAJ száma:_____Személyi ig. száma: _____

Tartásra köteles személy neve: _____

Lakóhelye, telefonszáma: _____

Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének) neve:_____

Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének) születési neve:_____

Lakóhelye,telefonszáma: _____

Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma: ____

2. Milyen típusú ellátás igénybevételét kéri

2.1. Alapszolgáltatás
- ☐ Étkeztetés
- ☐ Házi segítségnyújtás
- ☐ Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás
- ☐ Támogató szolgáltatás

2.2. Nappali ellátás
- ☐ Idősek nappali ellátása
- ☐ Fogyatékosok nappali ellátása

Telephely: "Őszi Napfény" Idősek Otthona
5540 Szarvas, Bethlen G. u. 27-29.
Tel: +36209358274; +36703145416; +3666311728
atmenetiotthon2017@gmail.com

2.3. Ápolást, gondozást nyújtó intézmény

 Idősek otthona

 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) a demencia kórkép legalább középsúlyos fokozata, amelyet az orvosszakértői szerv vagy a Pszichiátriai, illetve Neurológiai Szakkollégium által befogadott demencia centrum vagy pszichiáter, neurológus, geriáter szakorvos szakvéleményével igazoltak;
 bb) az ellátást igénylõ egyedül él, nyolcvanadik életévét betöltötte
 bc) az ellátást igénylõ egyedül él, hetvenedik életévét betöltötte és lakóhelye közmûves vízellátás vagy közmûves villamosenergia-ellátás nélküli ingatlan
 bd) az ellátást igénylõ egyedül él, és vakok személyi járadékában vagy hallási fogyatékosként fogyatékossági támogatásban részesül
 be) az ellátást igénylõ egyedül él, a hallási fogyatékosságon kívüli okból fogyatékossági támogatásban részesül, és az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértõi Intézet (a továbbiakban: ORSZI), illetve jogelõdje szakértõi bizottságának szakvéleménye, szakhatósági állásfoglalása az önkiszolgálási képességének hiányát állapította meg
 bf) az ellátást igénylõ egyedül él és I. rokkantsági csoportba tartozó rokkantsági nyugdíjban, baleseti rokkantsági nyugdíjban, illetve rokkantsági járadékban részesül
 bg) az ellátást igénylõ egyedül él, munkaképességét 100%-ban elvesztette, illetve legalább 80%-os mértékû egészségkárosodást szenvedett és az ORSZI, illetve jogelõdje szakértõi bizottságának szakvéleménye, szakhatósági állásfoglalása az önkiszolgálási képességének hiányát állapította meg”

3. A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételére vonatkozó adatok:

3.1. Étkeztetés

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: _____

Milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását:_____

Az étkeztetés módja: Helyben fogyasztás Elvitel Kiszállítás

 Tanyagondnoki kiszállítás

3.2. Házi segítségnyújtás

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: _____

Milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását:_____

3.3. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: _____

_____

3.4. Támogató szolgáltatás

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: _____

Milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását:_____

Milyen típusú segítséget igényel: □ Szállító szolgáltatás □ személyi segítő szolgáltatás

3.5. Nappali ellátás

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: _____

Étkeztetést igényel e : □ igen □ nem

3.6. Idősek otthona

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: _____

Milyen időtartamra kéri az elhelyezést: _____

Milyen okból kéri az elhelyezést:_____

„3.7. Megjegyzések

3.7.1. Házi segítségnyújtás és idõsek 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.

3.7.2. Amennyiben az idõsotthoni ellátást a gondozási szükségletet megalapozó egyéb körülmények alapján kérik, a 2.4. pontban megjelölt körülmények igazolásához a gondozási szükséglet vizsgálata során az alábbi dokumentumokat kell bemutatni:

ba) alpont esetén: az ORSZI vagy a Pszichiátriai, illetve Neurológiai Szakkollégium által befogadott demencia centrum szakvéleménye,

bb) alpont esetén: személyazonosításra alkalmas igazolvány másolata

bc) alpont esetén: személyazonosításra alkalmas igazolvány másolata és a települési önkormányzat jegyzõjének igazolása a közmûvesítés hiányáról,

bd) alpont esetén: személyazonosításra alkalmas igazolvány másolata és az ellátást megállapító jogerõs határozat vagy az ellátás folyósítását igazoló irat másolata,

be) és bg) alpont esetén: személyazonosításra alkalmas igazolvány másolata és az ORSZI, illetve jogelõdje érvényes és hatályos szakvéleményének, szakhatósági állásfoglalásának másolata az önkiszolgálási képesség hiányáról,

bf) alpont esetén: személyazonosításra alkalmas igazolvány másolata és a nyugdíjat, járadékot megállapító jogerõs határozat, vagy a kérelem benyújtását megelõzõ havi nyugdíj-folyósítási, jár

Soron kívüli elhelyezést kér-e: □ igen □ nem

Ha igen , annak oka:

Dátum: _____

_____

Az ellátást igénybe vevő (törv. Képviselő) aláírása

_____