

Mozgáskorlátozottak Somogy Megyei Egyesülete
7400 Kaposvár Béke u. 47.

Napsugár Integrált Szociális Intézmény
Fogyatékos Emberek Nappali Intézménye
7400 Kaposvár Rezeda u. 60.
Tel. 82/510-836, 82/510-837

**Kérem a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez:
fogyatékos emberek nappali intézményi ellátásához**

1.) Alulírott..... név
leánykori név
anyja neve
születési hely,év,hó,nap
.....lakcím alatti lakos vagy.az ellátást igénybe
vevő törvényes képviselője (képviseelői) kérem,hogy.....(név)
fogyatékos emberek nappali intézményi ellátását a Mozgáskorlátozottak Somogy Megyei Egyesülete
Napsugár Integrált Szociális Intézmény Fogyatékos Emberek Nappali Intézményében szíveskedjen
biztosítani:7400 Kaposvár, Rezeda u.60.

2.) Az ellátást igénybe vevő adatai

Név:
Születési neve:
Anyja neve:
Születési helye, időpontja:
Lakóhelye:
Tartózkodási helye:
Telefonszáma:.....
E-mail címe:.....
Állampolgársága:
Személyigazolvány száma: Közgyógyellátási igazolvány száma:
Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása:
Társadalombiztosítási Azonosító Jele (TAJ):

Tartásra kötelezett személy

- neve:
- lakóhelye:
- telefonszáma/e-mail címe:

Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)

- neve.
- lakóhelye:.....
- telefonszáma/e-mail címe:

Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma:

I. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

(a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)

Név (születési név):

Születési hely, idő:

Lakóhely:.....

Tartózkodási hely:.....

Társadalombiztosítási Azonosító Jel:

1.1. esettörténet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan):

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

1.2. teljes diagnózis (részletes felsorolással, BNO kóddal):

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

1.3. prognózis (várható állapotváltozás):

.....
.....

1.4. ápolási-gondozási igények:

.....
.....

1.5. speciális diétára szorul-e:

.....
.....

1.6. szenvedélybetegségben szenved-e:

.....
.....

1.7. pszichiátriai megbetegedésben szenved-e:

.....
.....

1.8. szenved-e fogyatékoságban (típusa, mértéke):

.....

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

.....

.....

.....

.....

1.10. a külön jogszabályban meghatározottak alapján az önellátás mértékének megállapítása:

.....

.....

.....

.....

2. Soron kívüli elhelyezése indokolt:.....

.....

.....

A házi orvos (kezelő orvos) egyéb megjegyzései:

.....

.....

.....

.....

..... év hó nap.

P.H.

.....

orvos aláírása

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

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	

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 a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához.
..... év hó nap.

Az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása:

.....

