

**Mozgáskorlátozottak Somogy Megyei Egyesülete**  
**7400 Kaposvár Béke u. 47.**

**Napsugár Aquapóniás és Szociális Központ - Nappali Intézmény**  
**7400 Kaposvár Egyenesi út 74.**

**Kérelem 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  
 .....a fent megnevezett személy törvényes képviselője  
 (képviselői) kérem,hogy  
 .....(név) **fogyatékos emberek nappali intézményi ellátását** a Mozgáskorlátozottak Somogy Megyei Egyesület Napsugár Aquapóniás és Szociális Központ Fogyatékos Emberek Nappali Intézményében szíveskedjen biztosítani:  
 7400 Kaposvár, Egyenesi u. 74.

**2.) Az ellátást igénybe vevő adatai**

Név: .....  
 Születési neve: .....  
 Anyja neve: .....  
 Születési helye, időpontja: .....  
 Lakóhelye: .....  
 Tartózkodási helye: .....  
 Telefon, e-mail cím:.....  
 Állampolgársága: .....  
 Személyigazolvány szám: ..... Közgyógyellátási igazolvány szám: .....  
 Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása: .....  
 Társadalombiztosítási Azonosító Jele (TAJ): .....  
 Adószáma:.....

Tartásra kötelezett személy

- neve: .....
- lakóhelye: .....
- telefonszáma: .....

Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)

- neve. ....
- lakóhelye: .....
- telefonszáma: .....

Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma:

**3.) Nappali intézményi ellátásomat kérem.**

**Kérem az elhelyezést .....-tól .....-ig  
szíveskedjék biztosítani.**

.....(helység) .....(év).....(hó).....(nap)

.....  
Kérelmező

vagy

.....  
Törvényes képviselő(k)

MSE Napsugár Aquapóniás és Szociális Központ Fogyatékos Emberek Nappali Intézménye tölti ki!

**A beérkezett kérelem dátuma:**

**sorszám:**

A kérelmet érkezett, iktatta:

1. számú melléklet a 9/1999. (XI. 24.) SZCSM rendelethez

## I. 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. időotthoni 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)

## 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 munkaügyi szervek által folyósított ellátások	
Egyéb jövedelem	
<b>Összes jövedelem</b>	

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

*(kizárólag kiskorú kérelmező esetén szükséges kitölteni)*

A család létszáma: ..... fő

Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó	Társas és egyéni vállalkozásból, östermelői, szellemi és más önálló tevékenységből származó	Táppénz, gyermek-gondozási támogatások	Önkormányzat és munkügyi szervek által folyósított ellátások	Nyugellátás és egyéb nyugdíj-szerű rendszeres szociális ellátások	Egyéb jövedelem
---	---	--	--	---	-----------------

Az ellátást igénybe vevő kiskorú

A közeli hozzátartozók neve, születési ideje Rokoni kapcsolat

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

**ÖSSZESEN:**

*(szükség esetén a táblázat sorai bővíthetők)*

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**