

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

**Napsugár Integrált Szociális Intézmény**  
**Fészek Szociális Szolgáltató Központ –Fogyatékos Emberek Nappali Intézménye**  
**7500 Nagyatád, Dózsa Gy. u. 6.**  
**Tel.: 82/450-043**

**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  
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:

-1-

### 3.) Nappali intézményi ellátásomat kérem.

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

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

.....  
Kérelmező

vagy

.....  
Törvényes képviselő(k)

MSE Napsugár Fogyatékos Emberek Nappali Intézménye tölti ki!

**A beérkezett kérelem dátuma:**

**sorszám:**

A kérelmet érkeztette, iktatta:

# I. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

(a házi orvos, kezelő orvos 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, östermelői, 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	
<b>Összes jövedelem</b>	

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:**

.....