

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

Napsugár Integrált Szociális Intézmény
Átmeneti Otthon
7400 Kaposvár, Rezeda u. 60.
Tel: 82/510-836, 82/510-837

**Kérem a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez:
átmeneti otthonban történő ellátáshoz**

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) **átmeneti otthonban történő ellátását** a
Mozgáskorlátozottak Somogy Megyei Egyesület Napsugár Integrált Szociális Intézményben
szíveskedjen biztosítani: 7400 Kaposvár,Rezeda u.60.

2.) Az ellátást igénybe vevő adatai

Név:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési helye, időpontja:

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Állampolgársága:

Személyigazolvány száma: Közgyógyellátási igazolvány száma:

Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele (TAJ):

Tartásra kötelezett személy

- neve:

- lakóhelye:

- telefonszáma:

Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)

- neve.

lakóhelye:

- telefonszáma:

Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma:

3.) Átmeneti otthon intézményi egységében igénylem az ellátást.

.....(helység)(év).....(hó).....(nap)

.....
Kérelmező

vagy

.....
Törvényes képviselő(k)

Intézményvezető tölti ki!

**A beérkezett kérelem dátuma:
sorszám:**

A kérelmet érkezett, iktatta:

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS
(a háziorvos, kezelőorvos, vagy kórházi kezelés esetén a kórházi osztályos orvos tölti ki)

Név (születési név):

Születési hely, idő:

Lakóhely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jel:

1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás, idősek nappali ellátása igénybevétele esetén

1.1. krónikus betegségek (kérjük, sorolja fel):

1.2. fertőző betegségek (kérjük, sorolja fel):

1.3. fogyatékoság (típusa és mértéke):

1.4. egyéb megjegyzések, pl. speciális diéta szükségessége:

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 diéta:

3.6. szenvedélybetegség:

3.7. pszichiátriai megbetegedés:

3.8. fogyatékoság (típusa, mértéke):

3.9. demencia:

3.10. gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges, stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek:

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:

Telefonszám:

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):

o **igen** - ebben az esetben a jövedelemnyilatkozat további részét és a „III. Vagyonyilatkozat” nyomtatványt nem kell kitölteni,

o **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	

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

A család létszáma: fő	Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, szellemi és más önálló tevékenységből származó	Táppénz, gyermekgondozási támogatások	Önkormányzat és állami foglalkoztatási szervek által folyósított ellátások	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások	Egyéb jövedelem
Az ellátást igénybe vevő kiskorú						
A közeli hozzátartozók neve, születési ideje	Rokon i kapcsolata t					
1)						
2)						
3)						
4)						
ÖSSZESEN:						

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