

Reménysugár Integrált Szociális és Gyermekvédelmi Intézmény Nógrád Vármegye

2660 Balassagyarmat; Szontágh Pál utca 44

Tel: +36-35 / 300 – 844, Fax: +36-35-300-004;

E-mail: nmreszi.remenysugar@remenysugaragori.hu

Adószám: 15450085-1-12; Bankszámlaszám: 10037005-00315139-00000000



Kérelem jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igényléséhez¹

1. Az ellátást igénylő adatai:

Név:

Születési név:

Anyja születési neve:

Születési helye, időpontja:.....

Az ellátást igénylő állampolgársága:

Bejelentett lakóhely:

.....

Bejelentett tartózkodási hely:

.....

Értesítési cím:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Telefonszám:

E-mail cím:

Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma:

2. Amennyiben Önnek van törvényes képviselője, a törvényes képviselő

Név:

Születési név:

Bejelentett lakóhely:

.....

Bejelentett tartózkodási hely:

.....

Értesítési cím:

Telefonszám:

E-mail cím:

¹ Csatolandó dokumentumok:

1. SZIG. másolat életkor igazolásához. 2. fogyatékosági támogatás, vakok személyi járadéka megállapítását, illetve folyósítását igazoló határozat vagy más okirat, ill. az ellátás megállapításának alapjául szolgáló, a fogyatékoság fennállását igazoló szakvélemény. 3. Orvosi, szakorvosi iratok (Kórházi zárójelentés(ek), Ambuláns lap, stb.) pszichiátriai betegség igazolásához. 4. Jövedelem (nyugdíj) igazolás. 5. TAJ kártya másolata.

3. Megnevezett hozzátartozó

Riasztás esetén értesítendő? (kérem, aláhúzással jelölje) igen nem

Név:

Születési név:

Bejelentett lakóhely:

.....

Bejelentett tartózkodási hely:

.....

Értesítési cím:

Telefonszám:

E-mail cím:

Rokonsági fok:

Riasztás esetén értesítendő személyek

A)

Név:

Cím:

Telefon:

B)

Név:

Cím:

Telefon:

4. A kérelmező

A) cselekvőképes

B) cselekvőképességében részlegesen korlátozott gondnokság alatt áll

C) cselekvőképességében teljesen korlátozott gondnokság alatt áll

(kérem, aláhúzással jelölje)

5. Tartási vagy öröklési szerződést kötött-e:

igen

nem

Igen válasz esetén a tartást és gondozást szerződésben vállaló személy adatai:

Név:

Születési név:

Bejelentett lakóhely:

.....

Bejelentett tartózkodási hely:

.....

Értesítési cím:

Telefonszám:

E-mail cím:

6. A kérelem benyújtásának oka: jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénylése

7. Az ellátás időtartama: határozott
határozatlan

8. Egyéb közlendő:

.....
.....

Nyilatkozat

Alulírott kérelmező hozzájárulok az adataim elektronikus úton történő rögzítéséhez, azok nyilvántartásához.

A közölt adatok a valóságnak megfelelnek, a személyi adatok a személyi okmányokban bejegyzett adatokkal megegyeznek.

Dátum:

az ellátást kérelmező aláírása

az ellátást kérelmező törvényes
képviselőjének aláírása

A kérelem beérkezésének időpontja:

Reménysugár Integrált Szociális és Gyermekvédelmi Intézmény Nógrád Vármegye

2660 Balassagyarmat; Szontágh Pál utca 44

Tel: +36-35 / 300 – 844, Fax: +36-35-300-004;

E-mail: nmreszi.remenysugar@remenysugaragori.hu

Adószám: 15450085-1-12; Bankszámlaszám: 10037005-00315139-00000000



II.

**Jövedelemnyilatkozat
jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igényléséhez**

Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó személyi 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	

Dátum:

.....
**az ellátást igénybe vevő
(törvényes képviselő) aláírás**

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, gyermek- gondozási támogatások	Önkormányzat és állami foglalkoztatási szervek által folyósított ellátások	Nyugellátás és egyéb nyugdíj- szerű rendszeres szociális ellátások	Egyéb jöve- delem
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) aláírás**

Reménysugár Integrált Szociális és Gyermekvédelmi Intézmény Nógrád Vármegye

2660 Balassagyarmat; Szontágh Pál utca 44

Tel: +36-35 / 300 – 844, Fax: +36-35-300-004;

E-mail: nmreszi.remenysugar@remenysugaragori.hu

Adószám: 15450085-1-12; Bankszámlaszám: 10037005-00315139-00000000



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

I. *

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 (TAJ):

1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás, idők 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. <u>Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételére vonatkozóan igazolom, hogy egészségi állapota alapján a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás biztosítása</u> indokolt <input type="checkbox"/> nem indokolt <input type="checkbox"/>
3. <u>Átmeneti elhelyezés (az éjjeli menedékhely kivételével), ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmények, lakóotthon esetén:</u>
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. 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)