



Felsőtárkányi Szociális és Gyermekjóléti Intézmény  
3324 Felsőtárkány, Rákóczi u.53.  
Email: gyermekvedelem@felsotarkany.hu  
**Tel. 06-70/683-3100**

---

### **Kérelem a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez**

*(A formanyomtatvány az igényelt szociális ellátás típusának megfelelő adatok figyelembevételével töltendő ki.)*

#### **1. Az ellátást igénybe vevő adatai:**

Név:.....

Születési neve:.....

Anyja neve:.....

Születési helye, időpontja:.....

Lakóhelye: .....

Tartózkodási helye: .....

Értesítési cím, telefonszám:.....

Állampolgársága: .....

Magyarországon tartózkodás jogcíme:

bevándorolt:....., letelepedett:....., uniós

állampolgár:....., menekült:.....,

hontalan:.....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

Cselekvőképesség mértéke: .....

#### **Törvényes képviselő:**

Név:.....

Születési neve:.....

Lakóhelye: .....

Telefonszáma:.....

#### **Legközelebbi hozzátartozó.**

Neve: .....

Lakcíme: .....

Telefonszáma: .....

2. **Milyen típusú ellátás igénybevételét kéri (aláhúzással jelölje)**

2.1. alapszolgáltatás

étkeztetés

házi segítségnyújtás

idősek nappali ellátása

**3.A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételére vonatkozó adatok:**

3.1. Étkeztetés

milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:.....

milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását:.....

az étkeztetés módja:

- helyben fogyasztás
- elvitellel
- kiszállítással
- diétás étkeztetés

3.2. Házi segítségnyújtás

milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:.....

milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását:.....

milyen típusú segítséget igényel: (aláhúzással jelölje)

segítség a napi tevékenységek ellátásában

bevásárlás, gyógyszerbeszerzés

személyes gondozás

egyéb, éspedig .....

3.3. Nappali ellátás

milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:.....

étkeztetést igényel-e: igen (normál diétás ) nem

milyen gyakorisággal kéri az étkeztetést:.....

Dátum:

.....  
Az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása

**I. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS**  
(a házi orvos, kezelőorvos tölti ki)

Név (születési név): .....

Születési hely, idő: .....

Lakóhely: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jel: .....

|   |                 |       |
|---|-----------------|-------|
| 1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás és nappali ellátás igénybevétele esetén (házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás esetében az 1.1. pontot nem kell kitölteni): |                 |       |
| 1.1. önellátásra vonatkozó megállapítások:  |                 |       |
| önellátásra képes <input type="checkbox"/> részben képes <input type="checkbox"/> segítséggel képes <input type="checkbox"/>  |                 |       |
| 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:  |                 |       |
| 1.6. szenvedett fertőző betegségben 6 hónapon belül:  |                 |       |
| 1.7. egyéb megjegyzések:  |                 |       |
| 2. Átmeneti elhelyezést, ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmények, lakóotthon esetén (idősotthon esetén a 2.10. pontot nem kell kitölteni):   |                 |       |
| 2.1. esettörténet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan):  |                 |       |
| 2.2. teljes diagnózis (részletes felsorolással, BNO kóddal):  |                 |       |
| 2.3. prognózis (várható állapotváltozás):   |                 |       |
| 2.4. ápolási-gondozási igények:   |                 |       |
| 2.5. speciális diétára szorul-e:  |                 |       |
| 2.6. szenvedélybetegségben szenved-e:   |                 |       |
| 2.7. pszichiátriai megbetegedésben szenved-e:   |                 |       |
| 2.8. szenved-e fogyatékoságban (típusa, mértéke):   |                 |       |
| 2.9. gyógyszeresedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre:   |                 |       |
| 2.10. a külön jogszabályban meghatározottak alapján az önellátás mértékének megállapítása:  |                 |       |
| 3. Soron kívüli elhelyezése indokolt:   |                 |       |
| A házi orvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:  |                 |       |
| Dátum:  | Orvos aláírása: | P. H. |

## **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:**

|  |  |
|--|--|
|  |  |
| Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó jövedelem:                                       |  |
| Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó jövedelem: |  |
| Táppénz, gyermekgondozási támogatások:   |  |
| Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások:   |  |
| Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások:  |  |
| Egyéb jövedelem:   |  |
| Összes (nettó) havi 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

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

| A család létszáma:<br>..... fő               |                  | Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó | Társas és egyéni vállalkozásból őstermelői, szellemi és más önálló tevékenységből származó | Táppénz, gyermek-gondozási támogatások | Önkormányzat és munkaügyi 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:                                    |                  |   |  |  |   |   |                 |

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.

Dátum: .....

.....  
Az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása

## NYILATKOZAT

### Alapszolgáltatás igénybevételéről

Alulírott..... (alapszolgáltatást igénylő személy vagy törvényes képviselője) a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről szóló 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelet 18. § (1)-(2) bekezdés értelmében nyilatkozom, hogy kérelmezés időpontjában más szociális alapszolgáltatást.

nem veszek igénybe / igénybe veszek. (megfelelő aláhúzendő)

Az alábbi szociális alapszolgáltatásokat veszem igénybe (igénybe veszek válasz esetén kitöltendő)

| Szolgáltatás típusa                  | Szolgáltató neve, címe | Igénybevétel kezdete |
|--------------------------------------|------------------------|----------------------|
| étkeztetés                           |                        |                      |
| házi segítségnyújtás                 |                        |                      |
| jelzőrendszeres házi segítségnyújtás |                        |                      |
| közösségi pszichiátriai ellátás      |                        |                      |
| szenvédélybetegek közösségi ellátása |                        |                      |
| támogató szolgáltatás                |                        |                      |
| idősek nappali ellátása              |                        |                      |

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Kelt:.....

.....  
alapszolgáltatást igénylő személy/törvényes képviselő

## A szolgáltatást igénybe vevő nyilatkozata

Alulírott, mint a **Felsőtárkányi Szociális és Gyermekjóléti Intézmény** szolgáltatását **igénybe vevő/törvényes képviselője** nyilatkozom arról, hogy a szolgáltatás elemeiről, tartalmáról, feltételeiről, valamint az igénybevételhez kapcsolódó a személyes adatok védelméről és közérdekű adatok nyilvánosságáról szóló 1992. évi LXII. tv. által biztosított adatkezeléshez történő hozzájárulási jogomról, valamint a szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi igénybe vevői nyilvántartásról és az országos jelentési rendszerről szóló 415/2015. (XII. 23.) Kormányrendelettről tájékoztatásban részesültem.

Aláírással önkéntesen **hozzájárulok/ nem járulok hozzá**, hogy a **Felsőtárkányi Szociális és Gyermekjóléti Intézmény**, a szolgáltatás igénybevételének időtartama alatt, a személyes adataimról nyilvántartást vezessen, hivatalos megkeresés esetén azokról adatot szolgáltatson. Az együttműködés során tudomására jutott különleges adataimat a mindenkor hatályos jogszabályoknak megfelelően kezelje. Adataim rögzítéséhez hozzájárulok. Személyazonosító adataimban és jogosultsági feltételeimben beálló változásokat **8 napon** belül bejelentem.

A szolgáltatást igénybe vevő az intézmény munkáját érintő panaszával az Intézmény vezetőjéhez, a fenntartójához, az ellátott jogi valamint a gyermekjogi képviselőhöz fordulhat.

**Ellátott jogi képviselő:** Gallyasné Dósa Katalin, tel.: +36-20/489 9654,

e-mail: [katalin.galyasné@jib.emmi.gov.hu](mailto:katalin.galyasné@jib.emmi.gov.hu)

**Gyermekjogi képviselő:** Dr. Liskay Mónika, tel.: +36-30/682-7189

e-mail: [monika.liskay@jib.emmi.gov.hu](mailto:monika.liskay@jib.emmi.gov.hu)

Felsőtárkány, 20. ....

.....

Szolgáltatást igénybe vevő(k)

## Nyilatkozat térítési díj megfizetéséről

Alulírott, ..... , a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 117/B. § és a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások térítési díjáról szóló 29/1993. (II.17.) Kormányrendelet 2/A. § (1) bekezdés szerint vállalom..... igénybe vevő által igénybe vett.....szolgáltatás vonatkozásában az intézményi térítési díjjal megegyező összegű személyi térítési díj megfizetését.

Nyilatkozatom annak keltétől

.....év.....hónap.....napjáig érvényes<sup>1</sup> .

Kelt,.....

.....  
igénybe vevő/törvényes képviselő

.....  
térítési díjat megfizető személy

---

<sup>1</sup> az ellátást igénylő vagy a térítési díjat megfizető más személy az intézményi térítési díjjal azonos személyi térítési díj megfizetését egy év időtartamra, tartós bentlakásos intézmény esetén legfeljebb három év időtartamra vállalhatja, amely időtartam meghosszabbítható