

Dunakeszi Evangélikus Diakóniai Központ

**KÉRELEM IDŐSEK OTTHONA
IGÉNYBEVÉTELÉHEZ**

Neve: Születési neve:

Születési helye, ideje:

Anyja születési neve:

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Értesítési címe:

Telefonszáma: E-mail címe:

TAJ száma:

Állampolgársága:

Magyarországon tartózkodás jogcíme (nem magyar állampolgár esetén): bevándorolt / letelepedett / menekült / hontalan / EU állampolgár *(Kérem, aláhúzással jelölje!)*

Cselekvőképességre vonatkozó adatok *(megfelelő rész aláhúzandó):*

- cselekvőképés
- támogatott döntéshozatal
- cselekvőképességében részlegesen korlátozott,
- cselekvőképességében teljesen korlátozott

Törvényes képviselő / kirendelt támogató adatai:

Név: Születési név:

Lakó- és tartózkodási helye, vagy értesítési címe:

Telefonszám: E-mail cím:

Kérelmező hozzátartozó adatai

Név: Születési név:

Lakó- és tartózkodási helye, vagy értesítési címe:

Telefonszám: E-mail cím:

Rokonsági fok:.....

Kérelmező nagykorú gyermekeinek adatai:

Név: Születési név:

Lakó- és tartózkodási helye, vagy értesítési címe:

Telefonszám: E-mail cím:

Név: Születési név:

Lakó- és tartózkodási helye, vagy értesítési címe:

.....

Telefonszám: E-mail cím:

Tartási vagy öröklési szerződést kötött-e? (Kérem, aláhúzással jelölje!)

igen nem

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

Név: Születési név:

Lakó- és tartózkodási helye, vagy értesítési címe:

.....

Telefonszám: E-mail cím:

Az elhelyezést az alábbi ok miatt kérem (Kérem, aláhúzással jelölje!):

- gondozási szükséglet alapján;
- a demencia kórkép legalább közép súlyos fokozata, amelyet pszichiáter, neurológus vagy geriáter szakorvos szakvéleményével igazoltak;
- az ellátást igénylő egyedül él, és nyolcvanadik életévét betöltötte, vagy
- hetvenedik életévét betöltötte és lakóhelye közműves vízellátás vagy közműves villamosenergia-ellátás nélküli ingatlan, vagy
- hallási fogyatékosként fogyatékosági támogatásban vagy vakok személyi járadékában részesül, amit az ellátást megállapító jogerős határozat vagy az ellátás folyósítását igazoló irat másolatával igazoltak, vagy
- az előző pont szerinti eseten kívüli okból fogyatékosági támogatásban részesül és az orvosszakértői szerv, illetve jogelődje szakértői bizottságának szakvéleménye, szakhatósági állásfoglalása az önkiszolgálási képességének hiányát állapította meg, amit az érvényes és hatályos szakvélemény, szakhatósági állásfoglalás másolatával igazoltak,
- a komplex minősítésre vonatkozó részletes szabályokról szóló 7/2012. (II. 14.) NEFMI rendelet 3. § (2) bekezdés f) pontja szerinti E minősítési kategóriába tartozó rokkantsági ellátásban részesül, vagy rokkantsági járadékban részesül, amit az ellátást, járadékot megállapító jogerős határozat másolatával igazoltak, vagy
- munkaképességét 100%-ban elvesztette vagy legalább 70%-os mértékű egészségkárosodást szenvedett és önellátásra nem, vagy csak segítséggel képes, amit az orvosszakértői szerv, a rehabilitációs szakértői szerv vagy a rehabilitációs hatóság, illetve jogelődje érvényes és hatályos szakvéleményének, szakhatósági állásfoglalásának, határozatának másolatával, hatósági bizonyítványával igazoltak.

Soron kívüli elhelyezést kér-e? (Kérem, aláhúzással jelölje!)

igen

nem

Amennyiben a soron kívüli elhelyezés igényt jelölte, kérem indokolja.

Amit az alábbi felsorolásból ki tud választani vagy saját szavaival ki tud egészíteni.

- önmaga ellátására teljesen képtelen és nincs olyan hozzátartozója, aki ellátásáról gondoskodna és ellátása más egészségügyi vagy szociális szolgáltatás biztosításával sem oldható meg,
- a háziorvos, kezelőorvos szakvéleménye szerint soron kívüli elhelyezése indokolt,
- szociális helyzetében, egészségi állapotában olyan kedvezőtlen változás következett be, amely miatt soron kívüli elhelyezése vált szükségessé,
- kapcsolata vele együtt élő hozzátartozójával, eltartójával helyrehozhatatlanul megromlott, és a további együttélés életét, testi épségét veszélyezteti.

Indoklás szabad szöveggel

.....
.....

NYILATKOZAT

- Nyilatkozom, hogy más szolgáltatónál, intézménynél semmilyen alapszolgáltatási ellátást nem veszek igénybe.

- Nyilatkozom,

hogya/az.....intézménynél

étkeztetés, házi segítségnyújtást, jelzőrendszeres házi segítségnyújtást, családsegítést, közösségi ellátást, támogató szolgáltatást, nappali ellátást veszek igénybe. *(a megfelelő rész aláhúzendő!)*

Alulírott kérelmező hozzájárulok a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993.évi III. törvény 20. §-ában meghatározott adataim kezeléséhez és azok elektronikus úton történő Társadalombiztosítási Azonosító Jel alapú rögzítéséhez és 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/gondnokának
aláírása

