



BALASSAGYARMAT KISTÉRSÉG
SZOCIÁLIS SZOLGÁLTATÓ KÖZPONT

2660 Balassagyarmat, Rákóczi fejedelem u. 18/C.

Telefon: 06-35/301-904

<http://www.ipoly-taj.hu/>

bgykszoc@gmail.com

Kérelem

szociális alapszolgáltatás igénybevételéhez

Kérelmező adatai:	
Név:	
Születési neve:	
Anyja neve:	
Születési helye, időpontja:	
Lakóhelye:	
Tartózkodási helye:	
Állampolgársága:	
Jogállása:	bevándorolt letelepedett menekült
Cselekvőképesség mértéke:	cselekvőképes / 18 év alatti / korlátozó gondnokság / kizáró gondnokság
Személyi igazolvány száma:	
TAJ száma:	
Közgyógyellátási igazolvány száma:	
Telefonszáma:	
Háziorvos neve:	
Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma: fő
Legközelebbi hozzátartozójának:	
neve:	
lakóhelye:	
telefonszáma:	
Törvényes képviselőjének:	
neve:	
születési neve:	
anyja neve:	
születési helye, időpontja:	
lakóhelye:	
telefonszáma:	
jogcíme:	

Milyen típusú ellátás igénybevételét kéri:

- Közösségi ellátás pszichiátriai betegek részére
- Közösségi ellátás szenvedélybetegek részére
- Támogató szolgáltatás
- Házi segítségnyújtás
- Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás

Nyilatkozat

Nyilatkozom arról, hogy **más szolgáltatónál**, intézménynél valamilyen szociális **alapszolgáltatást**:

(Kérjük aláhúzással jelölje) **igénybe veszek / nem veszek igénybe**

Ha igen, intézmény neve, címe:

(Nem kell nyilatkozni a népkonyha, a családsegítés, az utcai szociális munka, a nappali melegedő, a falugondnoki és tanyagondnoki szolgáltatás, valamint a szenvedélybetegek részére nyújtott alacsonykeresetű ellátás igénybevételéről.)

Kelt:, 2011.

.....
Az ellátást kérelmező / törvényes képviselőaláírása



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

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 (idős, fogyatékos, demens személyek részére) igénybevétele esetén

(házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás esetében az 1.1. pontot nem kell kitölteni):

1.1. önellátásra vonatkozó megállapítások:

önellátásra képes részben képes segítséggel képes

1.2. szenved-e krónikus betegségben: Igen Nem

1.3. fogyatékoság típusa: hallássérült látássérült mozgássérült értelmi sérült
és mértéke:

1.4. rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e: Igen Nem

1.5. gyógyszerek adagolásának ellenőrzése szükséges-e:

1.6. szenvedett-e fertőző betegségben 6 hónapon belül:

1.7. egyéb megjegyzések:

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 diétára szorul-e:

3.6. szenvedélybetegségben szenved-e:

3.7. pszichiai megbetegedésben szenved-e:

3.8. fogyatékoságban szenved-e (típusa, mértéke):

3.9. idősotthoni ellátás esetén demenciában szenved-e:

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

4. A házi orvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:

Dátum:

Orvos aláírása:

P. H.



BALASSAGYARMAT KISTÉRSÉG
SZOCIÁLIS SZOLGÁLTATÓ KÖZPONT

2660 Balassagyarmat, Rákóczi fejedelem u. 18/C.

Telefon: 06-35/301-904

<http://www.ipoly-taj.hu/>

bgykszoc@gmail.com

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 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 munkaügyi szervek által folyósított ellátások	
Egyéb jövedelem	
ÖSSZES 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.

....., 2011. év _____ hó ____ nap

Az ellátást igénybe vevő / törvényes képviselő aláírása



BALASSAGYARMAT KISTÉRSÉG
SZOCIÁLIS SZOLGÁLTATÓ KÖZPONT

2660 Balassagyarmat, Rákóczi fejedelem u. 18/C.

Telefon: 06-35/301-904

<http://www.ipoly-taj.hu/>

bgykszoc@gmail.com

Kiskorú igénybe vevő esetén

a családban élőkre vonatkozó (nettó) jövedelmi adatok:

A család létszáma: fő		Munka- viszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, szellemi és más önálló tevékenység- ből származó	Táppénz, gyermek- gondozási támogatás- ok	Önkormány- zat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások	Nyugellát- ás és egyéb nyugdíj- szerű rendszeres szociális ellátások	Egyéb jöved- elem
Az ellátást igénybe vevő kiskorú							
A közeli hozzátartozók neve, születési ideje	Rokoni kapcsolat						
1)							
2)							
3)							
4)							
5)							
6)							
7)							
8)							
ÖSSZESEN:							

MINDÖSSZESEN:

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.

....., 2011. év _____ hó ____ nap

Az ellátást igénybe vevő / törvényes képviselő aláírása