1. melléklet

a 30/2015. (XII. 16.) SZGYF szabályzathoz

***Szivárvány Integrált Szociális Intézmény Csongrád-Csanád Vármegye***

*6800 Hódmezővásárhely, Klauzál u. 185./A*

*telefon: 62/238-351 email: hmvhely@szivarvany-otthon.hu fax: 62/238-351*

Nyilvántartási szám(az intézmény tölti ki) : ……………………………

**Kérelem**

**szociális intézményi ellátás igényléséhez**

**1. Az ellátást igénylő adatai:**

Név: .............................................................................................................................................

Születési név: ...............................................................................................................................

Anyja neve: .................................................................................................................................

Születési hely: .............................................................................................................................

Születési idő: ...............................................................................................................................

Az ellátást igénylő állampolgársága: ...........................................................................................

Bejelentett lakóhely: ....................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

Bejelentett tartózkodási hely: ......................................................................................................

.....................................................................................................................................................

Értesítési cím: ..............................................................................................................................

Telefonszám: ...............................................................................................................................

E-mail cím: ..................................................................................................................................

**2. Amennyiben Önnek van törvényes képviselője, a törvényes képviselő:**

Név: .............................................................................................................................................

Születési név: ...............................................................................................................................

Bejelentett lakóhely: ....................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

Bejelentett tartózkodási hely: ......................................................................................................

.....................................................................................................................................................

Értesítési cím: ..............................................................................................................................

Telefonszám: ...............................................................................................................................

E-mail cím: ..................................................................................................................................

**3. Megnevezett hozzátartozó:**

Név: .............................................................................................................................................

Születési név: ...............................................................................................................................

Bejelentett lakóhely: ....................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

Bejelentett tartózkodási hely: ......................................................................................................

.....................................................................................................................................................

Értesítési cím: ..............................................................................................................................

Telefonszám: ...............................................................................................................................

E-mail: .........................................................................................................................................

Rokonsági fok: ............................................................................................................................

**4. Kérelmező nagykorú gyermeke:**

Név: .............................................................................................................................................

Születési név: ...............................................................................................................................

Bejelentett lakóhely: ....................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

Bejelentett tartózkodási hely: ......................................................................................................

.....................................................................................................................................................

Értesítési cím: ..............................................................................................................................

Telefonszám: ...............................................................................................................................

E-mail cím: ..................................................................................................................................

**5. A kérelmező:** A) cselekvőképes,

B) cselekvőképességében részlegesen korlátozott,

C) cselekvőképességében teljesen korlátozott,

D) cselekvőképességet kizáró,

E) cselekvőképességet korlátozó,

F) ideiglenes gondnokság alatt áll,

(kérem, aláhúzással jelölje)

**6. Tartási vagy öröklési szerződést kötött-e:** igen nem

(kérem, aláhúzással jelölje)

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: ..................................................................................................................................

**7. A kérelem benyújtásának oka: (kérem, aláhúzással jelölje; több ok is jelölhető)**

* az önellátó képesség csökkentése, illetve elvesztése
* jövedelmi, megélhetési okok
* a család ellátó képességének csökkentése, illetve elvesztése
* mentális, vagy pszichés problémák
* lakhatással kapcsolatos problémák
* egyéb, és pedig: ...............................................................................................................

................................................................................................................................................

................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................…..

**8. A kért intézménytípus megjelölésével az igények sorrendjében:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sorszám | Intézményi ellátás típusa | Intézmény székhelyének címe | Intézmény telephelyének címe |
| 1. |   |   |   |
| 2. |   |   |   |
| 3. |   |   |   |
| 4. |   |   |   |
| 5. |   |   |   |

**9. Soron kívüli elhelyezést kér-e:** igen nem

(kérem, aláhúzással jelölje)

Igen válasz esetén, kérem, indokolja:

.....................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

**10. Az ellátás időtartama:** határozott: ...............................................................

 határozatlan

(kérem, aláhúzással jelölje, a határozott időt pontosan jelölje meg, pl. 3 hónap)

**11. A kérelem előterjesztésének, vagy a beutaló határozat beérkezésének időpontja:**

(az intézmény tölti ki)

.....................................................................................................................................................

**12. Az előgondozás lefolytatásának időpontja:** (az intézmény tölti ki)

.....................................................................................................................................................

**13. 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 ellátását kérelmező aláírása az ellátást kérelmező törvényes

képviselőjének aláírása

***1. számú melléklet a 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelethez68***

**I. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS**

**(a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)**

***I. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS***

**(a háziorvos, 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:  |
| 1.3. fogyatékosság típusa (hallássérült, látássérült, mozgássérült, értelmi sérült) és mértéke:  |
| 1.4. rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e:  |
| 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. pszichiátriai megbetegedésben szenved-e:  |
| 3.8. fogyatékosságban szenved-e (típusa, mértéke):  |
| 3.9. idősotthoni ellátás esetén demenciában szenved-e:  |
| 3.10. gyógyszerszedés 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)*  |

***II.69JÖVEDELEMNYILATKOZAT***

**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. Vagyonnyilatkozat”

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:** |  |

|  |
| --- |
|  |
|  **Kiskorú igénybe vevő esetén a családban élőkre vonatkozó (nettó) jövedelmi adatok:** |
|  |
|  | **A család létszáma: ………………….fő** | **Munka- viszonyból és más foglakoztatási jogviszonyból származó** | **Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, szellemi és más önálló tevékeny- ségből származó** | **Táppénz, gyermek- gondozási 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** | **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 megálapításához szükséges jövedelmet igazoló bizonylatokat egyidejűeg csatoltam. Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak az eljárás során történő felhasználásához.

**Dátum:………………………………**

**……………………………………**

**Az ellátást igénybe vevő**

**(törvényes képviselő) aláírása**

***III. VAGYONNYILATKOZAT***

**(tartós bentlakásos intézményi ellátás kérelmezése esetén kell kitölteni)**

**1. A nyilatkozóra 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): ........................................................................................

**A nyilatkozó vagyona:**

**2. Pénzvagyon**

1. A nyilatkozó rendelkezésére álló készpénz összege: ............................................................... Ft

2. Bankszámlán/fizetési számlán rendelkezésre álló összeg, ideértve a bankszámlán/fizetési számlán lekötött betéteket és a betétszerződés alapján rendelkezésre álló összeget is: ................................. Ft

A számlavezető pénzintézet neve, címe: ......................................................................................

3. Takarékbetét-szerződés alapján rendelkezésre álló összeg: ................................................ Ft

A betétszámlát vezető pénzintézet neve, címe: ...........................................................................

**Rehabilitációs intézmény és rehabilitációs célú lakóotthon esetén a *„*3. Ingatlanvagyon” pontot nem kell kitölteni!**

**3. Ingatlanvagyon**

1. Lakástulajdon és lakótelek-tulajdon címe: ......................................................................... helyrajzi száma: .................., a lakás alapterülete: ........ m2, a telek alapterülete: ........ m2, tulajdoni hányad: .........., a szerzés ideje: ............ év

Becsült forgalmi érték: ........................... Ft

Haszonélvezeti joggal terhelt: igen/nem *(a megfelelő aláhúzandó)*

2. Üdülőtulajdon és üdülőtelek-tulajdon címe: ....................................................................... helyrajzi száma: ..............., az üdülő alapterülete: .......... m2, a telek alapterülete: ........ m2, tulajdoni hányad: .........., a szerzés ideje: ............ év

Becsült forgalmi érték: ........................... Ft

3. Egyéb, nem lakás céljára szolgáló épület-(épületrész-)tulajdon megnevezése (zártkerti építmény, műhely, üzlet, műterem, rendelő, garázs stb.): ............................................................ címe: ........................................................................ helyrajzi száma: ................., alapterülete: ......... m2, tulajdoni hányad: .........., a szerzés ideje: ............ év

Becsült forgalmi érték: ........................... Ft

4. Termőföldtulajdon megnevezése: ....................................... címe: .................................... helyrajzi száma: ............, alapterülete: ........ m2, tulajdoni hányad: .........., a szerzés ideje: ............ év

Becsült forgalmi érték: ........................... Ft

5. 18 hónapon belül ingyenesen átruházott ingatlan címe .................................................... helyrajzi száma: ............, alapterülete .......... m2, tulajdoni hányad ........, az átruházás ideje ........... év

Becsült forgalmi érték: ........................... Ft

6. Ingatlanhoz kötődő vagyoni értékű jog:

A kapcsolódó ingatlan megnevezése ......................................................................................... címe: ..................................................................................... helyrajzi száma: .......................

A vagyoni értékű jog megnevezése: haszonélvezeti □, használati □, földhasználati □, lakáshasználati □, haszonbérleti □, bérleti □, jelzálogjog □, egyéb □.

Ingatlan becsült forgalmi értéke: ........................... Ft

Kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulok a nyilatkozatban szereplő adatoknak az eljárásban történő felhasználásához, kezeléséhez.

Dátum:..........................................................................

**.......................................................................**

**Az ellátást igénybe vevő**

**(törvényes képviselő) aláírása**