



Kérelem a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez

1.1 Az ellátást igénybe vevő adatai:

Név:..... Leánykori neve:.....

Személyi igazolvány száma:..... Anyja neve:.....

Születési hely, idő:..... Nyugdíj törzsszám:.....

Tajszáma:..... Telefonszáma:.....

Jövedelme:..... (nyugdíj, rokkantnyugdíj, árva ellátás
szoc.járadék, időskorúak járadéka)

Állandó lakhely:.....

Tartózkodási helye:.....

Családi állapota: házas - elvált - özvegy - egyedülálló

Háziorvos

neve:.....

Rendelő címe:.....

Telefonszáma:.....

Cselekvőképességet érintő gondnokság alatt áll-e?

Ha igen, gondnok

neve:.....

Címe:..... Tel:.....

Milyen gondnokság: (kizáró, korlátozó, ideiglenes, végleges)

Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)

Neve.....



Lakóhelye:.....

Telefonszáma:.....

Szükség esetén értesítendő személy neve:.....

Lakhelye:.....

Telefonszáma:.....

1.2 Közös háztartásban élő, gondoskodásra szoruló hozzátartozói:

.....
.....

2. Milyen típusú ellátás igénybevételét kéri:

- a) alapellátás szociális étkezés, házi segítségnyújtás, családsegítés
- b) nappali ellátás: Idősek klubja, fogyatékosok nappali intézménye, pszichiátriai betegek nappali intézménye, szenvedélybetegek nappali intézménye
- c) átmeneti ellátás: idősek gondozóháza, fogyatékosok gondozóháza
- d) ápolást-gondozást nyújtó intézmény: Idősek Otthona, Pszichiátriai betegek otthona, fogyatékosok otthona, hajléktalanok otthona, szenvedély betegek otthona
- e) rehabilitációs intézmény, pszichiátriai betegek rehabilitációs intézménye, szenvedélybetegek rehabilitációs intézménye, fogyatékosok rehabilitációs intézménye, hajléktalanok rehabilitációs intézménye
- f) lakóotthon: fogyatékosok lakóotthona, pszichiátriai betegek lakóotthona

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

3.1 Szociális étkezés esetén:

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:.....

Az étkezés módja: helyben fogyasztja, elvitelre, diétás étkeztetés



3.2 Házi segítségnyújtás esetén:

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását

Milyen típusú segítséget igényel: házimunka, segítség a napi tevékenységek ellátásában,
bevásárlás, gyógyszer beszerzés, fürdetés, étkeztetésben segítség nyújtás, ügyintézés, egyéb:

3.4 Nappali ellátás esetén:

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás
biztosítását...

Étkezést igényel-e: igen - nem (diétás)

Egyéb szolgáltatás
igénylése:

3.5 Átmeneti elhelyezés biztosítása esetén:

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás
biztosítását:

Milyen időtartamra kéri az
elhelyezést:.....

Milyen okból kéri az
elhelyezést:.....

4. A kérelmező lakásviszonya:

1. Milyen jogcímen lakik a lakásban

TULAJDONOS, FŐBÉRLŐ, TÁRSBÉRLŐ, BÉRLŐTÁRS, ALBÉRLŐ, CSALÁDTAG,
HASZONÉLVEZŐ

1. ELTARTÁSI SZERZŐDÉSE VAN NINCS

2. A lakás jellege: ÖRÖKLAKÁS, BÉRLAKÁS, SZOLGÁLATI LAKÁS,
EGYÉB:

3. Komfort fokozata: ÖSSZKOMFORTOS, FÉLKOMFORTOS, KOMFORTOS, KOMFORT
NÉLKÜLI



4. A lakás állapota: RENDBENTARTOTT, KIELÉGÍTŐ, ELHANYGOLT
5. A lakás nagysága:.....m² Szobák száma:.....
A lakás felszereltsége:.....
6. A lakbér, közös költség, lakástörlesztés havi összege:
7. Lakásfenntartási támogatásban részesül-e? igen nem
8. Díjhátraléka van-e? nincs villany gáz lakbér víz-csatorna szemét száll
9. A fűtés módja: GÁZ VILLANY TÁVFŰTÉS EGYEDI
10. Fűtés havi díja:.....Ft villanyszámla:.....Ft
közös költség, v. lakbér:.....
szemétszállítás:.....Ft víz-csatorna:.....Ft
11. Havi gyógyszerköltsége:.....Ft
12. Közgyógy igazolvány
száma:..... Érvényessége.....
13. Munkaviszonyban áll-e? igen nem nyugdíjas tanuló
14. Egészségi állapotára vonatkozó gondozói vélemény:

Betegségei:

.....

Gyógyszerei:

.....

- Önellátás mértéke:**
- igen, teljes egészében
 - igen, segítséggel
 - nem, de lakásban mozgásképes
 - nem, ágybanfekvő

Mentális állapot: vidám - elégedett - közönyös - lehangolt - agresszív

Tájékozottság: térben: igen - nem – részben



időben: igen - nem - részben

Gyógyászati segédeszközt használ-e? igen - nem

Ha igen, megnevezése:

Szenved-e fogyatékoságban: igen - nem

Ha igen: - érrendszeri, - légzőszervi, - mozgásszervi, - emésztőrendszeri, - pszichiátriai, demencia, -
daganatos, - anyagcsere betegség, alkoholizmus,

egyéb:.....

Inkontinencia: igen - nem

Budapest, 2014.....hó.....nap

.....
Adatokat felvette

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