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

***Makói Idősek Otthona***

*6900 Makó Batthyány u.23.*

*telefon: 62/510-860 email:* mako@szivarvany-otthon.hu  *fax: 62/510-860*

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, gyerekgondozási 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 jöve- delem** |
|  | **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**