**Bakony Integrált Szociális Intézmény Veszprém Vármegye**

**8592 Dáka, Dózsa György utca 80.**

**Tel.: +3689/340-004  Fax.: +3689/340-187**

[**dakaotthon@globonet.hu**](mailto:dakaotthon@globonet.hu)

[**www.dakaotthon.hu**](http://www.dakaotthon.hu)

**Kérelem a Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételéhez  
A.) Adatlap**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1. Az ellátást igénybevevő adatai:** | | |
| Név: |  | |
| Születési neve: |  | |
| Születési helye: |  | |
| Születési időpontja: |  | |
| Anyja neve: |  | |
| Társadalombiztosítási Azonosító Jel (TAJ): |  | |
| Igénybevevő telefonszám: |  | |
| Lakóhelye: |  | |
| Állampolgársága: |  | |
| Jogállása: | Bevándorolt  Letelepedet  Menekült | |
| Kérelmező cselekvőképessége:  (megfelelő állítás aláhúzandó) | Nem áll gondnokság alatt  Cselekvőképesség részleges korlátozása  Cselekvőképesség teljes korlátozása (Gondnokoltság esetén kérem a gondnokkirendelő határozat másolatát csatolni!) | |
| Törvényes képviselőjének | neve: |  |
| lakóhelye: |  |
| telefonszáma: |  |
| Legközelebbi hozzátartozójának | neve: |  |
| lakóhelye: |  |
| telefonszáma: |  |
| Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykor személyek száma: |  | |

Az **életkor igazolására** kérem csatolni a személyi igazolvány másolatát!   
**A súlyos fogyatékosság és pszichiátriai betegség igazolására** kérem csatolni az 1 évnél nem régebbi pszichiáter vagy neurológus szakorvosi szakvéleményt, vagy a súlyos fogyatékosság igazolására a fogyatékosság fennállását igazoló szakvélemény másolatát/ a fogyatékossági támogatás folyósítását igazoló határozat másolatát.

Kelt, 2023. …………………………………….. aláírás:

***Egészségi állapotra vonatkozó adatok a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételéhez (háziorvos, kezelőorvos tölti ki)***

**B.) Adatlap**

|  |  |
| --- | --- |
| 1.1 Krónikus betegségek  (kérjük sorolja fel): |  |
| 1.2 fertőző betegségek  (kérjük, sorolja fel): |  |
| 1.3. fogyatékosság (típusa, mértéke): |  |
| 1.4. egyéb megjegyzések  pl.: speciális diéta szükségessége |  |

**2. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételére vonatkozóan igazolom, hogy egészségi állapota alapján a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás biztosítása**

**indokolt**

**nem indokolt**

A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kelt, 2023.

ph. Orvos aláírása

**„C” Adatlap**

***Jövedelemnyilatkozat***

Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó személyes adatok:

Név.: …………………………………………………………………………………………….

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

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

Születési hely, év, hó, nap.: …………………………………………………………………….

Lakóhely: ……………………………………………………………………………………….

Tartózkodási hely: ………………………………………………………………………………

(itt azt a lakcímet vagy tartózkodási címet kell megjelölni, ahol a kérelmező életvitelszerűen tartózkodik)

Telefonszám (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):   
(A megfelelő válasz aláhúzandó!)

**1.Igen –** ebben az esetben a Jövedelemnyilatkozat további részét nem kell kitölteni, viszont a kérelem részét képező „Nyilatkozat” nyomtatvány kitöltése szükséges.

**2.Nem**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **A jövedelem típusa** | **Nettó összege** |
| 1. | Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó |  |
| 2. | Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó |  |
| 3. | Táppénz, gyermekgondozási támogatások |  |
| 4. | Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások |  |
| 5. | Önkormányzat és állami foglalkoztatási szervek által folyósított ellátások |  |
| 6. | Egyéb jövedelem |  |
| **7.** | **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 az eljárás során történő felhasználásához.

Dátum: 2023. …………………………………..

Az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása