



## KÉRELEM

### A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez

#### 1. Az ellátást kérelmező adatai:

Név: .....

Születési név: ..... a.n.: .....

Személyi igazolvány szám: .....

TAJ szám: .....

Születési hely, időpont:.....

Állampolgárság:.....

Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállás: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

Nyugdíjtörzsszám: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Legközelebbi hozzátartozó (törvényes képviselő)

a) neve, születési neve:.....

b) lakóhelye/tartózkodási helye/értesítési címe: .....

c) telefonszáma:.....

Nagykorú gyermek

d) neve, születési neve:.....

e) lakóhelye/tartózkodási helye/értesítési címe:.....

f) telefonszáma:.....

Nagykorú gyermek

g) neve, születési neve:.....

h) lakóhelye/tartózkodási helye/értesítési címe:.....

i) telefonszáma:.....

Tartásra köteles személy (házastárs, élettárs, egyeneságbeli rokon, örökbefogadott gyermek, örökbefogadó szülő):

j) neve, születési neve:.....

k) lakóhelye.....

l) telefonszáma:.....

**2. Kérem, hogy részemre tartós bentlakásos, ápolást-gondozást nyújtó: Idősek otthona-intézményi ellátást nyújtsanak a Békés Megyei Hajnal István Szociális Szolgáltató Centrum Borostyánkert Idősek Otthonában 5525 Fűzesgyarmat, Kossuth u. 86. alatt.**

a) az elhelyezést az általános szabályok szerint [nem a b pontban felsorolt körülmények alapján] kéri

b) az elhelyezést a gondozási szükségletet megalapozó egyéb körülmények alapján kéri, továbbiakban:

a) demencia kórkép legalább középsúlyos fokozata

b) az ellátást igénylő egyedül él, és

ba) nyolcvanadik életévét betöltötte

bb) hetvenedik életévét betöltötte és lakóhelye közműves vízellátás vagy közműves villamosenergia-ellátás nélküli ingatlan

bc) hallási fogyatékosként fogyatékosági támogatásban vagy vakok személyi járadékában részesül,

bd) a bc) pont szerinti eseten kívüli okból fogyatékosági támogatásban részesül és az orvosszakértői szerv, illetve jogelődje szakértői bizottságának szakvéleménye, szakhatósági állásfoglalása az önkiszolgálási képességének hiányát állapította meg,

be) a komplex minősítésre vonatkozó részletes szabályokról szóló 7/2012. (II. 14.) NEFMI rendelet 3. § (2) bekezdés f) pontja szerinti E minősítési kategóriába tartozó rokkantsági ellátásban részesül, vagy rokkantsági járadékban részesül,

bf) munkaképességét 100%-ban elvesztette vagy legalább 70%-os mértékű egészségkárosodást szenvedett és önellátásra nem vagy csak segítséggel képes.

Amennyiben az időotthoni ellátást a gondozási szükségletet megalapozó egyéb körülmények alapján kéri, a 2. a, b, ba, bb, bc, bd, be, bf, pontban megjelölt körülmények igazolásához a gondozási szükséglet vizsgálata során az alábbi dokumentumokat kell bemutatni:

a) alpont esetén: orvos szakértői szerv vagy a Pszichiátriai, illetve Neurológiai Szakkollégium által befogadott demencia centrum vagy pszichiáter, neurológus, geriáter szakorvos szakvélemény

ba) alpont esetén: személyazonosításra alkalmas igazolvány másolata,

bb) alpont esetén: személyazonosításra alkalmas igazolvány másolata, és a települési önkormányzat jegyzőjének igazolása a közművesítés hiányáról,

bc) alpont esetén: ellátást megállapító jogerős határozat vagy az ellátás folyósítását igazoló irat másolata

bd) alpont esetén: érvényes és hatályos szakvélemény, szakhatósági állásfoglalás, másolata,

be) alpont esetén: az ellátást, járadékot megállapító jogerős határozat és a kérelem benyújtását megelőző havi nyugdíj-folyósítási, járadékfolyósítási csekkszelvény vagy bankszámlakivonat másolata

bf) alpont esetén: az orvos szakértői szerv, a rehabilitációs szakértői szerv vagy a rehabilitációs hatóság illetve jogelődje érvényes és hatályos szakvéleményének, szakhatósági állásfoglalásának, határozatának másolatával, hatósági bizonyítványával igazoltak.

### 3. Az igénybevételre vonatkozó adatok:

- miért kéri az elhelyezését: .....
- milyen időtartamra kéri az elhelyezést: határozatlan  határozott ,
- ha határozott időre kéri az elhelyezést, annak ideje:.....
- soron kívüli elhelyezést kér-e: nem , igen . ha igen, annak oka:  
.....
- a beköltözés módja: .....
- emeltszintű elhelyezést kér-e: nem , igen .

Az ellátást igénylő hozzájárul, hogy a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság által fejlesztett Országos Szakmai Rendszerben - SZIA - (SzGyF Integrált Adatkezelő rendszer), a személyes adatai rögzítésre kerüljenek.

Az ellátást igénylő hozzájárul, hogy a Központi Elektronikus Nyilvántartásba /KENYSZI/, a személyes adatai rögzítésre kerüljenek.

---

az ellátást igénylő (törvényes képviselő) aláírás

**Egészségi állapotra vonatkozó Igazolás**  
**(a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)**

Név (születési név): .....

Születési hely, idő: .....

Lakóhely: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jel: .....

1. Eset történet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Teljes diagnózis (részletes felsorolással, BNO kóddal): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Prognózis (várható állapotváltozás): \_\_\_\_\_

4. Ápolási-gondozási igények: \_\_\_\_\_

5. Speciális diétára szorul-e: \_\_\_\_\_

6. Szervedélybetegségben szenved-e: \_\_\_\_\_

7. Pszichiátriai megbetegedésben szenved-e: \_\_\_\_\_

8. Szerved-e fogyatékoságban (mértéke, típusa): \_\_\_\_\_

9. Dementiában szenved-e: \_\_\_\_\_

10. Gyógyszer-szedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint a kérelem benyújtásának időpontjában szedett gyógyszerek köre: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Egyéb megjegyzések: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
orvos aláírása

Ph.

## Értékelő adatlap

### Személyes adatok

Név: .....

Születési hely, idő:.....

Lakcím: .....

Törvényes képviselőjének neve, elérhetősége: .....

.....

### Mérőtábla

Tevékenység, funkció	Értékeljen 0-4 pont között (a pontérték a szükséges segítség mértékével emelkedik)	Intézmény- vezető/ általa megbízott személy	Háziorvos által kitöltendő oszlop 5. oldal, aláírás <u>a 8. oldalon</u>
Térbeli-időbeni tájékozódás	0: mindig, mindenkor térben, időben, személyeket illetően tájékozott 1: esetenként segítségre, tájékoztatásra szorul 2: részleges segítségre, tájékoztatásra szorul 3: gyakran tájékozatlan 4: térben-időben tájékozatlan	(nem kitöltendő)  <b>X</b>	
Helyzetnek megfelelő viselkedés	0: mindig, mindenkor a helyzetnek megfelelően viselkedik 1: esetenként bonyolultabb helyzetekben segítségre szorul 2: gyakran az adott helyzetnek nem megfelelően viselkedik 3: nem megfelelő viselkedése gyakran kellemetlenséget okoz, reakciója nem kiszámítható - viselkedési kockázat 4: nem képes az adott helyzetnek megfelelően viselkedni	(nem kitöltendő)  <b>X</b>	
Terápiakövetés Rábízható-e az előírt gyógyszerek adagolása, szedése	0: az orvos utasításait, előírt gyógyszeres terápiát betartja 1: gyógyszerelésben segítséget igényel, utasításokat betartja 2: elrendelt terápiát tartja, segítséggel tudja tartani az utasításokat 3: elrendelt terápiát, utasításokat ellenőrzés mellett tartja 4: gyógyszer bevétele csak gondozói ellenőrzéssel	(nem kitöltendő)  <b>X</b>	
Életvezetési képesség (felügyelet igénye)	0: önállóan 1: esetenkénti tanácsadás, részfeladatra betanítható 2: személyes szükségletei ellátásában segítségre szorul 3: személyes szükségletei ellátásában gyakran vagy rendszeresen segítségre szorul, belátási képessége hiányzik 4: állandó 24 órás felügyelet	(nem kitöltendő)  <b>X</b>	

Étkezés	0: önmagát kiszolgálja, önállóan étkezik 1: felszolgálatot igényel, de önállóan étkezik 2: felszolgálatot és evőeszköz tisztításához segítséget igényel 3: felszolgálat és elfogyasztáshoz részbeni segítséget igényel 4: teljes segítséget igényel az étel elfogyasztásához		(nem kitöltendő)  <b>X</b>
Öltözködés	0: nem igényel segítséget 1: önállóan végzi, de a megfelelő ruhaneműk kiválasztásához segítséget igényel 2: egyes ruhadarabok felvételében igényel segítséget 3: jelentős segítséget igényel az öltözködésben, megfelelő öltözet kiválasztásában 4: öltöztetés, vetkőzés minden szakaszában segítségre szorul		(nem kitöltendő)  <b>X</b>
Tisztálkodás (személyi higiéné biztosítása)	0: szükségleteit felmérve önállóan végzi 1: szükségleteit felismeri, bizonyos feladatokhoz segítséget igényel 2: szükségleteit felismeri, tisztálkodni csak segítséggel tud 3: részlegesen ismeri fel szükségleteit, segítséget igényel 4: nem ismeri fel szükségleteit, tisztálkodni önállóan nem képes		(nem kitöltendő)  <b>X</b>
WC használat	0: önálló WC használatban, öltözködésben, higiénés feladatait ellátja 1: önállóan használja WC-t, de öltözködésben és vagy higiénés feladatokban ellenőrizni kell 2: önállóan használja WC-t, de öltözködésben és vagy higiénés feladatokban segíteni kell 3: segítséget igényel WC használatban, öltözködésben, higiénés feladatok elvégzéséhez 4: segítséggel sem képes WC használatra, öltözködésre, higiénés feladatok elvégzésére		(nem kitöltendő)  <b>X</b>
Kontinencia	0: vizeletét, székletét tartani képes 1: önállóan pelenkát cserél, elvégzi a higiénés feladatait 2: pelenka cserében, öltözködésben és vagy higiénés feladatokban alkalmanként segítséget igényel 3: rendszeres segítséget igényel pelenka cserében, öltözködésben, higiénés feladatok elvégzésében 4: inkontinens, teljes ellátásra szorul		(nem kitöltendő)  <b>X</b>

Kommunikáció Képes-e megfogalmazni, elmondani a panaszát, megérti-e amit mondanak neki	0: kifejezőkészsége, beszédértése jó 1: kommunikációban időszakosan segítségre szorul 2: beszédértése, érthetősége megromlott 3: kommunikációra csak segédeszközzel vagy csak metakommunikációra képes 4: kommunikációra nem képes		(nem kitöltendő)  <b>X</b>
Helyzetváltoztatás	0: önállóan 1: önállóan, segédeszköz használatával 2: esetenként segítséggel 3: gyakran segítséggel 4: nem képes		(nem kitöltendő)  <b>X</b>
Helyváltoztatás	0: önállóan 1: segédeszköz önálló használatával 2: segédeszköz használatával, segítséget esetenként igényel 3: segédeszköz használatával, gyakran csak segítséggel 4: nem képes		(nem kitöltendő)  <b>X</b>
Látás	0: jól lát, szemüveg használata nélkül 1: jól lát, szemüveg használatával 2: szemüveg használatára szorul, de elutasítja azt 3: szemüveg használatával sem kielégítő a látása (pl. hályog, érbetegség) 4: nem lát		(nem kitöltendő)  <b>X</b>
Hallás	0: jól hall, átlagos hangerő mellett 1: átlagos hangerő mellett időnkénti hallásproblémái vannak 2: hallókészülék használatára szorul 3: van hallókészüléke, de nem képes használni vagy elutasítja 4: nem hall		(nem kitöltendő)  <b>X</b>
Fokozat:	Intézményvezető és az orvos által adott összes pontszám		

## ÉRTÉKELÉS

Fokozat	Értékelés	Pontszám	Jellemzők
0.	Tevékenységeit elvégzi	0-19	Az egyén a vizsgált tevékenységeket el tudja végezni. A szolgáltatás a szociális és egészségi állapot szinten tartására korlátozódik.
I.	Egyes tevékenységekben segítségre szoruló	20-34	Az egyén egyes tevékenységekben hetente többször segítségre szorul vagy figyelmet, irányítást igényel.
II.	Részleges segítségre szoruló	35-39	Az egyén bizonyos tevékenységek elvégzésében napi rendszeres segítségre szorul vagy napi szintű kontrollt igényel.
III.	Teljes ellátásra szoruló	40-56	Az egyén teljes ellátásra, folyamatos gondozásra, ápolásra szorul, intenzív odafigyelést és gyakori beavatkozást igényel.

I. fokozat

II. fokozat

III. fokozat

vagy

a gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól szóló 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet 4. § (1) bekezdés ..... pontja.....alpontja szerinti egyéb körülmények állnak fenn.

A vizsgálat eredménye alapján:

- szociális segítség a gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól szóló 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet 3/A. § (1) bekezdés *b)* pont .....alpontja szerinti egyéb körülmény alapján
- személyi gondozás
- időotthoni elhelyezés nyújtható.

Dátum:

.....

intézményvezető/szakértő

.....

orvos



## Jövedelemnyilatkozat

### Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó személyes adatok:

Név:.....Születési név: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, idő: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

(itt azt a lakcímet vagy tartózkodási címet 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 díj megfizetését az ellátást igénylő vagy a díjat megfizető más személy esetén vállalja-e (a rovat kitöltése nem minősül tényleges vállalásnak):**

.....igen - ebben az esetben nem kell bele „Vagyonynyilatkozat” nyomtatványt nem kell kitölteni

.....nem - ebben az esetben, tájékoztatom arról, hogy az 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról 114. § (2) bekezdése alapján az Ön hozzátartozójának tartási kötelezettsége áll fenn.

### Az ellátást igénybe vevő személyre vonatkozó jövedelmi adatok:

A jövedelem típusa	Nettó összege
Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó	
Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve 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	
<b>Összes jövedelem:</b>	

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 felhasználáshoz.

Dátum: .....

---

az ellátást igénylő (törvényes képviselő) aláírása

## Vagyonynyilatkozat

### A nyilatkozóra vonatkozó személyes adatatok:

Név: .....

Születési név: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, idő: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

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

Telefonszám (nem kötelező megadni): .....

### A nyilatkozó vagyona

#### Pénzvagyon

1. A nyilatkozó rendelkezésre 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 pénzügyintézet neve, címe: ..... Ft

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

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

#### Ingtatlanvagyon

##### 1.Lakástulajdon és lakótelek-tulajdon:

címe: ..... város/község..... út/utca

hsz., .....helyrajzi szám: ..... alapterülete: ..... m<sup>2</sup> tulajdoni hányad: .....

a szerzés ideje: .....év

Becsült forgalmi érték: ..... Ft

Haszonélvezeti joggal terhelt:igen/nem (a megfelelő rész aláhúzendó)

##### 2.Üdülőtulajdon és üdülőtelek-tulajdon:

címe: ..... város/község..... út/utca

hsz., .....helyrajzi szám: ..... alapterülete: ..... m<sup>2</sup> tulajdoni hányad: .....

a szerzés ideje: .....év

Becsült forgalmi érték: ..... Ft

**3. Egyéb, nem lakás céljára szolgáló épület-(épületrész-) tulajdon megnevezése** (zártkerti építmény, műhely, üzlet, műtere, rendelő, garázs stb.):

címe: ..... város/község..... út/utca

hsz., ..... helyrajzi szám: ..... alapterülete: ..... m<sup>2</sup> tulajdoni hányad: .....

a szerzés ideje: ..... év

Becsült forgalmi érték: ..... Ft

**4. Termőföldtulajdon megnevezése:**

címe: ..... város/község..... út/utca

hsz., ..... helyrajzi szám: ..... alapterülete: ..... m<sup>2</sup> tulajdoni hányad: .....

a szerzés ideje: ..... év

Becsült forgalmi érték: ..... Ft

**5.18 hónapon belül ingyenesen átruházott ingatlan:**

címe: ..... város/község..... út/utca

hsz., ..... helyrajzi szám: ..... alapterülete: ..... m<sup>2</sup> tulajdoni hányad: .....

átruházás ideje: ..... év

Becsült forgalmi érték: ..... Ft

**.Ingatlanhoz kötődő vagyoni értékű jog:**

A kapcsolódó ingatlan megnevezése .....

címe: ..... város/község..... út/utca

hsz., ..... helyrajzi szám: .....

A vagyoni értékű jog megnevezése: haszonélvezeti 0, használati 0, földhasználati 0, lakáshasználati 0, haszonbérleti 0, bérleti 0, jelzálogjog 0, egyéb 0

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 igénylő (törvényes képviselő) aláírása