



**Korona Integrált Szociális Intézmény Komárom – Esztergom Vármegye**

**Cím:** 2509 Esztergom, Dr. Niedermann Gyula utca 1.

**Telefon:** 06 33/511 -270

**E-mail:** mail@kemiszi.hu

o Korona Integrált Szociális Intézmény Komárom – Esztergom Vármegye o Mandula Otthon Tokodaltáró o Liliom Lakóotthon Tokodaltáró  
o Szent Rita Otthon Esztergom, Glatz Gyula Idősek Klubja Esztergom

## KÉRELEM

Levelezési cím: Szent Rita Otthon, Esztergom, Dessewffy u. 22. e-mail: alapellatas@kemiszi.hu

**Házi segítségnyújtás / Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás. Tel: (33) 314 – 931**

### A személyes gondoskodást nyújtó szociális alapszolgáltatás igényléséhez

( 9/ 1999. ( XI.24) SzCsM r.1.sz.melléklet)

Az ellátást igénybevevő adatai

Név:.....

Születési neve.....

Anyja neve:.....

Születési helye, időpontja:.....

Lakóhelye:.....

Tartózkodási helye:.....

Állampolgársága:.....

Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása:.....

TAJ száma:.....

Tel:.....

Tartására köteles személy:

Neve:.....

Születési neve:.....

Születési hely, idő:.....

Lakóhelye:.....

Telefonszáma:.....

Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)

Neve:.....

Születési neve:.....

Szül.hely,idő:.....

Lakóhelye:.....

Telefonszáma:.....

Ez a levél kizárólagosan elektronikusan kerül megküldésre.



**Korona Integrált Szociális Intézmény Komárom – Esztergom Vármegye**

**Cím:** 2509 Esztergom, Dr. Niedermann Gyula utca 1.

**Telefon:** 06 33/511 -270

**E-mail:** mail@kemiszi.hu

o Korona Integrált Szociális Intézmény Komárom – Esztergom Vármegye o Mandula Otthon Tokodaltáró o Liliom Lakóotthon Tokodaltáró  
o Szent Rita Otthon Esztergom, Glatz Gyula Idősek Klubja Esztergom

**Egészségügyi állapotra vonatkozó igazolás**  
**(házi orvos, 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.

1.1 Önellátásra vonatkozó megállapítások:

Önellátásra képes  részben képes  segítséggel képes

Szenved-e krónikus betegségben:

Fogyatékoság típusa ( hallássérült, látássérült, mozgássérült, értelmi sérült)

és mértéke:

1.4. Rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e:

1.5. Gyógyszer adagolásának ellenőrzése szükséges-e: igen nem

1.6. Szenvedett-e fertőző betegségben 6 hónapon belül: igen nem

1.7. Egyéb megjegyzések

2. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételeire vonatkozóan igazolom, hogy egészségügyi 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 egészségügyi állapotra vonatkozóan)

3.2. teljes diagnózis (részletes felsorolás, 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 betegségben szenved-e

3.8 fogyatékoságban szenved-e ( típusa, mértéke)

3.9 idősotthoni ellátás esetén demenciában szenved-e

3.10 gyógyszeresedés gyakorisága, várható időtartama ( pl. végleges, időleges stb)

valamint az igénybevitel időpontjában szedett gyógyszerek köre

4. A házi orvos ( kezelőorvos) egyéb megjegyzései:

Dátum:.....

P.H.

Orvos aláírása



**Korona Integrált Szociális Intézmény Komárom – Esztergom Vármegye**

**Cím:** 2509 Esztergom, Dr. Niedermann Gyula utca 1.

**Telefon:** 06 33/511 -270

**E-mail:** mail@kemiszi.hu

o Korona Integrált Szociális Intézmény Komárom – Esztergom Vármegye o Mandula Otthon Tokodaltáró o Liliom Lakóotthon Tokodaltáró  
o Szent Rita Otthon Esztergom, Glatz Gyula Idősek Klubja Esztergom

Milyen típusú ellátás igénybevételeét kéri:

1. Alapszolgáltatás: Étkeztetés

Házi segítségnyújtás

Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás

**Étkeztetés esetén:**

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

Milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását:.....

Az étkezés módja: helyben fogyasztja, elvitellel, kiszállítással

Diétás étkeztetés.....

**Házi segítségnyújtás esetén:**

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

Milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását:.....

Milyen típusú segítséget igényel:segítség a napi munka ellátásában, bevásárlás

Gyógyszerbeszerzés, személyes gondoskodás, egyéb és pedig:

.....

**Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás esetén:**

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

Dátum:.....

.....

Az ellátást igénybevevő ( törvényes képviselő) aláírása



**Korona Integrált Szociális Intézmény Komárom – Esztergom Vármegye**

**Cím:** 2509 Esztergom, Dr. Niedermann Gyula utca 1.

**Telefon:** 06 33/511 -270

**E-mail:** mail@kemiszi.hu

o Korona Integrált Szociális Intézmény Komárom – Esztergom Vármegye o Mandula Otthon Tokodaltáró o Liliom Lakóotthon Tokodaltáró  
o Szent Rita Otthon Esztergom, Glatz Gyula Idősek Klubja Esztergom

## **II. JÖVEDELEMNYILATKOZAT**

### **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:**

<b>A jövedelem típusa</b>	<b>Nettó összege</b>
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 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 felhasználásához.

**Dátum:** .....

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

Ez a levél kizárólagosan elektronikusan kerül megküldésre.