

## Kérelem a személyes gondoskodást nyújtó ellátás igénybevételéhez

### 1. Az ellátást igénybe vevő adatai:

Név:.....  
 Születési neve:.....  
 Anyja neve:.....  
 Személyi igazolvány száma:.....  
 Születési helye, időpontja:.....  
 Lakóhelye:.....  
 Tartózkodási helye:.....  
 Állampolgársága:.....  
 Társadalombiztosítási azonosító jele:.....

Gondnokság alá helyezés történt-e?	igen	nem
Közgyógyellátással rendelkezik-e?	igen	nem

Tartásra kötelezett személy/legközelebbi hozzátartozójának/törvényes képviselőjének:

a.) neve:.....  
 b.) lakóhelye:.....  
 c.) telefonszáma:.....  
 d.) email-címe:.....

### 2. A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételére vonatkozó adatok: A.)

A kért elhelyezés típusa: - átmeneti  
 - tartós (átlagos / emelt szintű)

B.) Ápolás-gondozást nyújtó intézményben milyen időtartamra kéri a szolgáltatás biztosítását?

a.) határozott időre (annak ideje):.....  
 b.) határozatlan időre:.....  
 c.) soron kívüli elhelyezést kér-e?:.....  
 ha igen, ennek oka?.....

C.) Az ellátást kérő gondozási szükségletet megállapító szakvéleménnyel (ORSZI) / igazolással rendelkezik / nem rendelkezik.

D) 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 1-2. pontját és a „Vagyonynyilatkozat tartós bentlakásos idősoththoni ellátás kérelmezése esetén” elnevezésű űrlapot nem kell kitölteni,  
 nem.

Dátum:.....

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

**KÉRELEM**  
**gondozási szükséglet megállapításához**

**1. Személyes adatok**

A személyes gondoskodást igénylő neve (születési neve):

Születési helye, ideje:.....

TAJ-szám:.....

Lakcíme vagy tartózkodási helye:.....

Törvényes képviselőjének neve, elérhetősége:.....

Az ellátást igénylő egyedül él

**2. Igényelt személyes gondoskodási forma**

Idősotthoni ellátás

**3. Az idősotthoni ellátás** igénybevételéhez szükséges gondozási szükséglet megállapítását a rendelet 4. §-a (1) bekezdésében meghatározott **egyéb körülmény** alapján kérem<sup>1</sup> :

**3.1.** a demencia kórkép legalább közepsúlyos fokozata

**3.2.** az ellátást igénylő egyedül él, nyolcvanadik életévét betöltötte

**3.3.** az ellátást igénylő egyedül él, hetvenedik életévét betöltötte és lakóhelye közműves vízellátás vagy közműves villamosenergia-ellátás nélküli ingatlan

**3.4.** az ellátást igénylő egyedül él és hallási fogyatékosként fogyatékosági támogatásban vagy vakok személyi járadékában részesül

**3.5.** az ellátást igénylő egyedül él, a hallási fogyatékoságon kívüli okból fogyatékosági támogatásban részesül, és az ORSZI, illetve jogelődje szakértői bizottságának szakvéleménye az önkiszolgálási képességének hiányát állapította meg

**3.6.** az ellátást igénylő egyedül él és I. rokkantsági csoportba tartozó rokkantsági nyugdíjban, baleseti rokkantsági nyugdíjban, illetve rokkantsági járadékban részesül

**3.7.** az ellátást igénylő egyedül él és munkaképességét 100%-ban elvesztette, illetve legalább 80%-os mértékű egészségkárosodást szenvedett és ORSZI, illetve jogelődje szakértői bizottságának szakvéleménye az önkiszolgálási képességének hiányát állapította meg

**4. A gondozási szükséglet mértékével kapcsolatos adatok<sup>2</sup>**

**4.1** A személyes gondoskodást igénylő ismert betegségei:.....

**4.2.** A személyes gondoskodást igénylő önkiszolgálási képességét befolyásoló egyéb tényezők:.....

**4.3.** A személyes gondoskodást igénylő gondozási szükségletét befolyásoló életkörülményei:.....

**4.4.** Hozzájárulok a gondozási szükségletem lakóhelyemen (tartózkodási helyemen) történő vizsgálatához.

.....  
Személyes gondoskodást igénylő  
vagy törvényes képviselője aláírása

Kelt: .....

1,2 Csatolt igazolások:.....

.....  
.....  
.....

(a házi orvos, kezelő orvos tölti ki)

**EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS**

Név (születési név):.....

Születési hely, idő:.....

Lakóhely:.....

Társadalombiztosítási Azonosító Jel:.....

**Átmeneti vagy tartós elhelyezést, ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmények, lakóotthon esetén:**

esettörténet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan):.....

.....

teljes diagnózis (részletes felsorolással, BNO kóddal):.....

.....

prognózis (várható állapotváltozás):.....

.....

ápolási-gondozási igények:.....

.....

speciális diétára szorul-e:.....

.....

szenvedélybetegségben szenved-e:.....

.....

pszichiátriai betegségben szenved-e:.....

.....

fogyatékoságban szenved-e (típusa, mértéke):.....

.....

idősotthoni ellátás esetén demenciában szenved-e:.....

.....

gyógyszervedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre:.....

.....

.....

A házi orvos (kezelő orvos) egyéb megjegyzései:.....

.....

.....

Dátum:.....

Orvos aláírása:.....

P.H.

**Mobiltelefonos elérhetősége:.....**

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)