



iktsz.:

érkeztetés időpontja (szakmai vezető tölti ki, hiánytalan beadvány esetén):

Kérelem

idősek nappali ellátása igénybevételéhez

A kérelemhez szükséges dokumentumok:

1. TAJ kártya, LAKCÍMKÁRTYA bemutatása
2. Egészségi állapotra vonatkozó igazolás (a „Kérelem” részeként 3. old.)

1. Az ellátást igénybe vevő adatai:

Név:.....
Születési neve:.....
Anyja neve:.....
Születési helye, időpontja:.....
Lakóhelye:.....
Tartózkodási helye:.....
Értesítési címe:.....
Állampolgársága:.....
Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása:.....
Társadalombiztosítási Azonosító Jele:.....
Telefonszáma (vezetékes és mobil):.....
Cselekvőképességet korlátozó/kizáró gondnokság alatt áll-e?
Soron kívüli ellátásra vonatkozó igény:
Rendelkezik tartási vagy öröklési szerződéssel? igen nem

2. A kérelmező törvényes képviselőjének, vagy gondnokának adatai:

a) neve:.....
b) születési neve:
c) lakóhelye:.....
d) tartózkodási helye, értesítési címe:.....
e) telefonszáma (vezetékes és mobil):.....



A kérelmező által megnevezett legközelebbi hozzátartozójának adatai:

- a) neve:.....
b) születési neve:
c) lakóhelye:.....
d) tartózkodási helye, értesítési címe:.....
e) telefonszáma (vezetékes és mobil):.....

A Szt. 20. § (1) bekezdés e) pontja szerint a nyilvántartásunkban a kérelmező törvényes képviselőjének, a kérelmező megnevezett hozzátartozójának a fenti adatait kell rögzíteni.

Tudomásul vettem:

Törvényes képviselő/Hozzátartozó

Nyilatkozat

Alulírott.....nyilatkozom, hogy **hozzájárulok** a jelen Kérelemben szereplő adatok igazolására szolgáló dokumentumok, és az elbírálásához szükséges adatok igazolására szolgáló **dokumentumok bemutatásával** a Kérelemben szereplő adatoknak az eljárás során történő felhasználásához.

Dátum:

alapszolgáltatást igénylő személy/törvényes képviselő

I.

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

(a házi orvos, kezelőorvos, vagy kórházi kezelés esetén a kórházi osztályos orvos tölti ki)

Név (születési név):

Születési hely, idő:

Lakóhely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jel:

1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás, idősek nappali ellátása igénybevétele esetén

1.1. krónikus betegségek (kérjük, sorolja fel):

1.2. fertőző betegségek (kérjük, sorolja fel):

1.3. fogyatékoság (típusa és 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

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 diéta:

3.6. szenvedélybetegség:

3.7. pszichiátriai megbetegedés:

3.8. fogyatékoság (típusa, mértéke):

3.9. demencia:

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

4. A házi orvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:

Dátum:

Orvos aláírása:

P. H.

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)

Mint ellátást kérelmező hozzájárulok, hogy az ügyintézés megkönnyítése érdekében, jelen egészségi állapotra vonatkozó igazolást a Szolgáltató részére, házi orvosom/kezelő orvosom kiadja.

.....
(az ellátást kérelmező aláírása)