



Kérelem az Idős Otthoni ellátás igénybevételéhez

A kérelmet az alábbi Időskorúak Otthonába nyújtom be:

- ☐ **Harkányi Szociális Gyógyotthon**
- ☐ **Máriagyúdi Idősek Otthona**
- ☐ **Centomilla Idősek Otthona (Magyarbóly)**
- ☐ **Mindhárom intézmény**

I. Az ellátást igénybe vevőre vonatkozó személyes adatok

1. Az ellátást igénybe vevő adatai:

Név:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési helye, időpontja:

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Állampolgársága:

Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

2. A tartására köteles vagy legközelebbi hozzátartozó (gondnokság esetén törvényes képviselő) személyes adatai:

Neve:

Lakóhelye:

Telefonszáma:

Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma:

II. Az ellátásra vonatkozó adatok:

1. Ellátás típusa: Idősek otthona ☐

2 Az elhelyezést az alábbiak alapján kéri:



- **a gondozási szükséglet vizsgálat alapján**
- **a gondozási szükségletet megalapozó egyéb körülmények alapján**
(36/2007.(XII.22) SZMM rendelet 4 §.szerint.), melyhez az alábbi igazolások kellenek
 - **a Demencia kórkép legalább közép súlyos fokozata**
(a demencia kórkép legalább közép súlyos fokozatának igazolásához az orvos szakértői szerv vagy a Pszichiátriai, illetve Neurológiai Szakkollégium által befogadott Demencia centrum vagy pszichiáter, neurológus, geriáter szakorvos által kiadott szakvélemény)
 - **Az ellátást igénylő egyedül él, nyolcvanadik életévét betöltötte**
(Személyazonosításra alkalmas igazolvány másolata)
 - **Az ellátást igénylő egyedül él, hetvenedik életévét betöltötte és lakóhelye közműves vízellátás vagy közműves villamosenergia-ellátás nélküli ingatlan**
(Személyazonosításra alkalmas igazolvány másolata + települési önkormányzat jegyzőjének igazolása az ingatlan minőségéről)
 - **Az ellátást igénylő egyedül él hallási fogyatékosként fogyatékosági támogatásban vagy vakok személyi járadékában részesül,**
(az ellátást megállapító jogerős határozat vagy az ellátás folyósítását igazoló irat másolata)
 - **Az ellátást igénylő egyedül él, a hallási fogyatékoságon kívüli okból fogyatékosági támogatásban részesül, és szakvélemény ill, szakhatósági állásfoglalás az önkiszolgálási képességének hiányát állapította meg,**
(az orvos szakértői szerv, illetve jogelődje szakértői bizottságának – önkiszolgálási képesség hiányát megállapító – szakvéleményének, szakhatósági állásfoglalásának másolata)
 - **Az ellátást igénylő egyedül él és I. rokkantsági csoportba tartozó rokkantsági nyugdíjban, baleseti rokkantsági nyugdíjban, illetve rokkantsági járadékban részesül**

(nyugdíjat, járadékot megállapító jogerős határozat, vagy a kérelem benyújtását megelőző havi nyugdíj-folyósítási, járadékfolyósítási csekkszelvény vagy bankszámlakivonat másolata)
 - **Az ellátást igénylő egyedül él, munkaképességét 100%-ban elvesztette, illetve legalább 80%-os mértékű egészségkárosodást szenvedett és az orvos**



szakértői szerv, illetve jogelődje szakértői bizottságának szakvéleménye,
szakhatósági állásfoglalása az önkiszolgálási képességének hiányát állapította meg

*(az orvos szakértői szerv, illetve jogelődje szakértői bizottságának –
önkiszolgálási képesség hiányát megállapító – szakvéleményének, szakhatósági
állásfoglalásának másolata)*

3. Milyen időtartamra kéri a szolgáltatás biztosítását:

- ☐ határozott (annak ideje)
- ☐ határozatlan

soron kívüli elhelyezést kér-e: ☐

ha igen, annak oka:.....

Kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. Kijelentem, hogy a kérelem benyújtásakor az általam igényelt idők otthoni ellátásról és annak feltételeiről szóló tájékoztatást megkaptam. Hozzájárulok a nyilatkozatban szereplő adatok, az eljárásban történő felhasználásához.

Dátum:

.....

Az ellátást igénybe vevő vagy (törvényes képviselő) aláírása: