

## Vácdukai Közös Önkormányzati Hivatal

## Kisnémedi Kirendeltség

**🖂: 2165 Kisnémedi, Fő út 5.**

**🖀: 06 27 566-000 Fax: 06 27 566-001**

**E-mail: ado@kisnemedi.hu**

**K É R E L E M**

**a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igényléséhez**

**A**

(A nyomtatvány az igényelt szociális ellátás típusának megfelelő

adatok figyelembevételével töltendő ki!)

**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?........................................................

Közgyógyellátásban részesül-e?.....................................................................................................

**A kérelmező törvényes képviselőjének, vagy gondnokának adatai:**

a) neve:..........................................................................................................................................

b) születési neve:...........................................................................................................................

c) anyja születési neve:...................................................................................................................

d) születési helye, időpontja:..........................................................................................................

e) lakóhelye:...................................................................................................................................

f) tartózkodási helye, értesítési címe:..............................................................................................

g) telefonszáma (vezetékes és mobil):............................................................................................

**A kérelmező által megnevezett legközelebbi hozzátartozójának adatai:**

a) neve:..........................................................................................................................................

b) születési neve:...........................................................................................................................

c) anyja születési neve:...................................................................................................................

d) születési helye, időpontja:..........................................................................................................

e) lakóhelye:...................................................................................................................................

f) tartózkodási helye, értesítési címe:..............................................................................................

g) telefonszáma (vezetékes és mobil):............................................................................................

**3. Az igényelt személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételére vonatkozó adatok:**

**3.1. Étkeztetés**

milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: ...........................................................................

milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását: .......................................................................

az étkeztetés módja: - elvitellel

                                - kiszállítással

**3.2. Házi segítségnyújtás**

milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: ...........................................................................

milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását: .......................................................................

milyen típusú segítséget igényel:            - segítség a napi tevékenységek ellátásában

                                                              - bevásárlás, gyógyszerbeszerzés

                                                            - személyes gondozás

                                                           - egyéb, és pedig .....................................................

**B**

***1. számú melléklet a 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelethez***

***EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS***

***(a háziorvos, 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. fogyatékosság (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. fogyatékosság (típusa, mértéke): | | |  |  |  |  |
| 3.9. demencia: | | |  |  |  |  |
| 3.10. gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek: | | |  |  |  |  |
| **4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:** | | |  |  |  |  |
| **Dátum:** | **Orvos aláírása:** | **P. H.** |  |  |  |  |

***II. JÖVEDELEMNYILATKOZAT***

**Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó személyes adatok:**

Név: ..........................................................................................................................................

Születési név: .............................................................................................................................

Anyja neve: ................................................................................................................................

Születési hely, idő: ......................................................................................................................

Lakóhely: ...................................................................................................................................

Tartózkodási hely: ......................................................................................................................

Telefonszám: .........................................................................................

**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:***

|  |  |
| --- | --- |
| **A jövedelem típusa (aláhúzással jelölendő!)** | **Nettó összege:** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó jövedelem: |  | | Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, szellemi és más önálló tevékenységből származó jövedelem: |  | | Táppénz, gyermekgondozási támogatások: |  | | Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások: |  | | Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások: |  | | Egyéb jövedelem: |  | | **Összes jövedelem:** |  | |  |

***Kiskorú igénybe vevő esetén, a családban élőkre vonatkozó (nettó) jövedelmi adatok alapján:***

**A család létszáma: .................... fő**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Ellátást igénybe vevő kiskorú neve:** | **Közeli hozzátartozók neve, születési ideje:** | **Rokoni kapcsolat:** | **Munkavi-szonyból és más foglakozta-tási jogviszony-ból származó** | **Társas egyéni vállakózás-ból, őstermelői, ill. szellemi és más önálló tevékeny-ségből származó** | **Táppénz, gyermek-gondozási támgatás** | **Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások** | **Nyugellátás és egyéb nyugdíjsze-rű rendszeres szociális ellátások** | **Egyéb jövedelem** | **Összes jövedelem** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | **összes havi jövedelem:** | | | | | | | | **………………….Ft** | | |  |  |  |  |  |  |

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**

Mint ellátást kérelmező hozzájárulok, hogy jelen egészségi állapotra vonatkozó, a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről szóló 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelet 1. melléklete szerinti igazolást a Szolgáltató részére háziorvosom/kezelőorvosom kiadja.

………………………………… (az ellátást kérelmező aláírása)

**A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez csatolni kell:**

HÁZI SEGÍTSÉGNYÚJTÁS   igénylése esetén:

1. A gondozást kérő jövedelem igazolásai:
   * éves összesítő vagy utolsó 3 havi nyugdíj szelvény (ez utóbbi mellé törzs-szám igazolás)
   * 3 havi átlagjövedelemről munkáltatói igazolás
2. A gondozást kérő egészségi állapotra vonatkozó igazolások:

* orvosi leletek

1. Egészségi állapotra vonatkozó igazolás (a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről szóló 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelet 1. melléklet I. rész)
2. TAJ kártya másolata. LAKCÍMKÁRTYA másolata
3. Jövedelemnyilatkozat (a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről szóló 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelet 1. melléklet II. rész)

ÉTKEZTETÉS   igénylése esetén:

1. Az étkeztetést kérő jövedelem igazolásai:
   * éves összesítő vagy utolsó 3 havi nyugdíj szelvény (ez utóbbi mellé törzs-szám igazolás)
   * 3 havi átlagjövedelemről munkáltatói igazolás
2. TAJ kártya másolata, LAKCÍMKÁRTYA másolata
3. Egészségi állapotra vonatkozó igazolás (a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről szóló 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelet 1. melléklete)
4. Jövedelemnyilatkozat (a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről szóló 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelet 1. melléklet II. rész)

IDŐSEK NAPPALI ELLÁTÁSÁNAK   igénylése esetén:

1. Az ellátást kérő jövedelem igazolásai:
   * éves összesítő vagy utolsó 3 havi nyugdíj szelvény (ez utóbbi mellé törzs-szám igazolás)
   * 3 havi átlagjövedelemről munkáltatói igazolás
2. TAJ kártya másolata, LAKCÍMKÁRTYA másolata
3. Egészségi állapotra vonatkozó igazolás (a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről szóló 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelet 1. melléklete)
4. Jövedelemnyilatkozat (a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről szóló 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelet 1. melléklet II. rész)

**3.sz. melléklet**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Szociális étkeztetés térítési díja 2019. május 1.-től** | | | | | | | | | | | |
| **Személyi térítési díj:** | | | | | | | | | | | |
| Az igénybevevő személy havi jövedelme az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének | | | | | | | | | | | |
|  | 0-100%-a között van | 101-150%-a között van | 151%-200% között van | 201%-250% között van | 251%-300% között van | 301%-350% között van | 351%-400% között van | 401%-450% között van | 451%-500% között van | 501%-550% között van | 551%-fölött van |
| Kedvezmény mértéke % | 100% | 90% | 80% | 70% | 60% | 50% | 40% | 30% | 20% | 10% | 0% |
| Havi jövedelem összege | 0-28 500.- | 28 501.-42 750.- | 42 751.-57 000.- | 57 001.-71 250. | 71 251.-85 500.- | 85 501.-99 750.- | 99 751.-114 000.- | 114 001.-128 250.- | 128 251.-142 500.- | 142 501.-156 750.- | 156 751.- és fölött |
| Térítési díj (Ft/adag) *szállítás nélkül* | ***0*** | ***130*** | ***260*** | ***390*** | ***520*** | ***655*** | ***785*** | ***915*** | ***1045*** | ***1175*** | ***1305*** |
| Szállítási díj (Ft/adag) | ***0*** | ***30*** | ***60*** | ***90*** | ***120*** | ***155*** | ***185*** | ***215*** | ***245*** | ***275*** | ***305*** |
| Térítési díj (Ft/adag szállítással) | *0* | *160* | *320* | *480* | *640* | *810* | *970* | *1130* | *1290* | *1450* | *1610* |
| **Házi segítségnyújtás térítési díja 2019. május 1.-től** | | | | | |  |  |  |  |  |  |
| **Személyi térítési díj:** | | | | | |  |  |  |  |  |  |
| Az igénybevevő személy havi jövedelme az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének | | | | | |  |  |  |  |  |  |
|  | 0-100%-a között van | 101-150%-a között van | 151%-200% között van | 201%-250% között van | 251%-a felett van |  |  |  |  |  |  |
| Kedvezmény mértéke % | 100% | 60% | 40% | 20% | 0% |  |  |  |  |  |  |
|  | 0-28 500.- | 28 501.-42 750.- | 42 751.-57 000.- | 57 001.-71 250. | 71 251.- és fölötte |  |  |  |  |  |  |
| Személyi gondozás - térítési díj (Ft/óra) | *0* | *280* | *420* | *560* | *700* |  |  |  |  |  |  |