

# ALAPSZOLGÁLTATÁSI ÉS BENTLAKÁST NYÚJTÓ SZOCIÁLIS KÖZPONT

4262 Nyíracsad, Petőfi tér 4. Tel.: 52/206-409, 30/448-1263  
E-mail: idosekotthona@nyiracsad.hu Honlap: www.idosekotthonanyiracsad.hu

## KÉRELEM

a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez  
(Ápolást-gondozást nyújtó intézmény: idősek otthona)

<b>1. Kérelmező adatai</b>	
Kérelmező családi és utóneve	
Kérelmező születési családi és utóneve	
Kérelmező anyja születési családi és utóneve	
Kérelmező születési helye	
Kérelmező születési ideje	
Kérelmező telefonszáma	
Kérelmező e-mail címe	
Kérelmező TAJ-száma	
Kérelmező lakóhelye	
Kérelmező tartózkodási helye	
Kérelmező értesítési címe	
Kérelmező állampolgársága	
Kérelmező bevándorolt, letelepedett vagy menekült, hontalan jogállása a szabad mozgás és	
Kérelmező cselekvőképessége	
<b>2. Törvényes képviselő adatai</b>	
Törvényes képviselő neve	
Törvényes képviselő születési neve	
Törvényes képviselő telefonszáma	
Törvényes képviselő e-mail címe	
Törvényes képviselő lakóhelye	
Törvényes képviselő tartózkodási helye	
Törvényes képviselő értesítési címe	
<b>3. Megnevezett hozzátartozó adatai</b>	
Megnevezett hozzátartozó neve	
Megnevezett hozzátartozó születési neve	
Megnevezett hozzátartozó telefonszáma	
Megnevezett hozzátartozó e-mail címe	
Megnevezett hozzátartozó lakóhelye	
Megnevezett hozzátartozó tartózkodási helye	
Megnevezett hozzátartozó értesítési címe	
<b>4. Kérelmező nagykorú gyermekének adatai</b>	
Nagykorú gyermek neve	
Nagykorú gyermek születési neve	
Nagykorú gyermek telefonszáma	
Nagykorú gyermek e-mail címe	
Nagykorú gyermek lakóhelye	
Nagykorú gyermek tartózkodási helye	

# ALAPSZOLGÁLTATÁSI ÉS BENTLAKÁST NYÚJTÓ SZOCIÁLIS KÖZPONT

4262 Nyíracsd, Petőfi tér 4. Tel.: 52/206-409, 30/448-1263  
E-mail: idosekotthona@nyiracsad.hu Honlap: www.idosekotthonanyiracsad.hu

Nagykorú gyermek értesítési címe	
5. Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását	
6. Milyen időtartamra kéri a szolgáltatás biztosítását ((határozott (annak ideje) vagy határozatlan))	
<b>7. Az időszotthoni ellátás igénybevételéhez szükséges gondozási szükséglet megállapítását a 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet 4. § (1) bekezdésében meghatározott egyéb körülmény alapján kérem (megfelelő bekarikázandó):</b>  a) a demencia kórkép legalább középsúlyos fokozata, amelyet pszichiáter, neurológus vagy geriáter szakorvos szakvéleményével igazoltak; b) az ellátást igénylő egyedül él, és ba) nyolcvanadik életévét betöltötte, vagy bb) hetvenedik életévét betöltötte és lakóhelye közműves vízellátás vagy közműves villamosenergia-ellátás nélküli ingatlan, vagy bc) hallási fogyatékosként fogyatékosági támogatásban vagy vakok személyi járadékában részesül, amit az ellátást megállapító jogerős határozat vagy az ellátás folyósítását igazoló irat másolatával igazoltak, vagy bd) a bc) pont szerinti eseten kívüli okból fogyatékosági támogatásban részesül és az orvosszakértői szerv, illetve jogelődje szakértői bizottságának szakvéleménye, szakhatósági állásfoglalása az önkiszolgálási képességének hiányát állapította meg, amit az érvényes és hatályos szakvélemény, szakhatósági állásfoglalás másolatával igazoltak, be) a komplex minősítésre vonatkozó részletes szabályokról szóló 7/2012. (II. 14.) NEFMI rendelet 3. § (2) bekezdés f) pontja szerinti E minősítési kategóriába tartozó rokkantsági ellátásban részesül, vagy rokkantsági járadékban részesül, amit az ellátást, járadékot megállapító jogerős határozat és a kérelem benyújtását megelőző havi nyugdíj-folyósítási, járadékfolyósítási csekkszelvény vagy bankszámlakivonat másolatával igazoltak, vagy bf) munkaképességét 100%-ban elvesztette vagy legalább 70%-os mértékű egészségkárosodást szenvedett és önellátásra nem vagy csak segítséggel képes, amit az orvosszakértői szerv, a rehabilitációs szakértői szerv vagy a rehabilitációs hatóság illetve jogelődje érvényes és hatályos szakvéleményének, szakhatósági állásfoglalásának, határozatának másolatával, hatósági bizonyítványával igazoltak.	
<b>7. Soron kívüli elhelyezést kér-e:</b> <i>igen</i> <input type="checkbox"/> <i>nem</i> <input type="checkbox"/>  <i>ha igen, annak oka (megfelelő bekarikázandó):</i> <ol style="list-style-type: none"><li>1. önmaga ellátására nem képes, és nincs olyan hozzátartozója, aki ellátásáról gondoskodna, továbbá ellátása más egészségügyi vagy szociális szolgáltatás biztosításával sem oldható meg,</li><li>2. soron kívüli elhelyezése a háziorvos, kezelőorvos szakvéleménye szerint indokolt,</li><li>3. szociális helyzetében, egészségi állapotában olyan kedvezőtlen változás következett be, amely miatt soron kívüli elhelyezése vált szükségessé,</li><li>4. kapcsolata a vele együtt élő hozzátartozójával, eltartójával helyrehozhatatlanul megromlott, és a további együttélés életét, testi épségét veszélyezteti.</li></ol>	
<b>8. Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy egyedülálló vagyok</b> <input type="checkbox"/>	

## **ALAPSZOLGÁLTATÁSI ÉS BENTLAKÁST NYÚJTÓ SZOCIÁLIS KÖZPONT**

4262 Nyíracsad, Petőfi tér 4. Tel.: 52/206-409, 30/448-1263  
E-mail: idosekotthona@nyiracsad.hu Honlap: www.idosekotthonanyiracsad.hu

Az ellátást kérelmező és/vagy törvényes képviselője tudomásul veszi, hogy jelen kérelemben, valamint a kérelem benyújtásával egyidejűleg megadott személyes adatait és különleges adatait, továbbá megnevezett hozzátartozója, nagykorú gyermeke személyes adatait az intézmény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. tv. és rendeletei alapján jogszabályi kötelezettségek teljesítése céljából és jogalapjával kezeli, tartja nyilván és teljesíti a jogszabály által előírt terjedelmű adatszolgáltatást.

Nevezettek tudomásul veszik, hogy a fenti adatok megadása kötelező, az ellátás igénybevétele ezen adatok hiányában vagy kérelemre történő törlése esetén nem kezdeményezhető.

A megadott személyes adatok törlésre kerülnek, ha az ellátásra vonatkozó igény a teljesítését megelőzően megszűnik, vagy a fenti tájékoztatás ellenére a megadott adataik törlését kérik.

Kelt, 20.... év ..... hó ..... nap

.....  
az ellátást igénylő és vagy törvényes  
képviselő aláírása