

**Mozgáskorlátozottak Somogy Megyei Egyesülete  
Támogató Szolgálat**

**Kérelem a Támogató Szolgálat szolgáltatásainak igénybevételéhez**

**1. Az ellátást igénybe vevő adatai:**

Név: .....  
Születési neve:.....  
Anyja neve: .....  
Születési helye, időpontja: .....  
Lakóhelye: ..... Ellátás helye:.....  
Állampolgársága:.....  
Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása: .....  
Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....  
Személyi igazolvány száma: .....

**2. Az ellátott tartására köteles személy/törvényes képviselő/ hozzátartozó adatai:**

Név: ..... Szü.h, idő..... A.n:.....  
Lakóhelye: .....  
Telefonszáma:.....

**3. Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének) adatai:**

Név: .....  
Lakóhelye: .....  
Telefonszáma: .....

**4. Az igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma:.....**

**5. A támogató szolgáltatás igénybevétele:**

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: .....  
Milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását: .....  
Milyen típusú segítséget igényel: 1. személyi segítséget. 2. személyszállítást ...

Megjegyzés:.....

**6. Nyilatkozat:** alulírott, a támogató szolgáltatást igénybevevő kijelentem, hogy az ellátásról teljes körű, a térítési díj mértékéről, vonatkozó tv-ről, szabályozásról, külön tájékoztatást kaptam.

**7. Hozzájárulok személyes adataim - a szolgáltatással összefüggő – felhasználásához, kezeléséhez**

**8. A szolgáltatót érintő változásokról 15 napon belül értesítem a szolgálatvezetőt**

Kelt: ....., 201..... év..... hó..... nap

\_\_\_\_\_  
az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása

**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. 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 háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:**

**Dátum:**

**Orvos aláírása:**

**P. H.**

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)

## 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):**

o **igen** - ebben az esetben a jövedelemnyilatkozat további részét és a „III. Vagyonnyilatkozat” nyomtatványt nem kell kitölteni,

o **nem**

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

A jövedelem típusa	Nettó összege
Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó	
Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, szellemi és más önálló tevékenységből származó	
Táppénz, gyermekgondozási támogatások	
Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások	
Önkormányzat és állami foglalkoztatási szervek által folyósított ellátások	
Egyéb jövedelem	
<b>Összes jövedelem</b>	

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

A család létszáma: ..... fő	Munkaviszony ból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, szellemi és más önálló tevékenységből származó	Táppénz, gyermek- gondozási támogatások	Önkormány- zat és állami foglalkoztatási szervek által folyósított ellátások	Nyugellá- tás és egyéb nyugdíj- szerű rendszeres szociális ellátások	Egy- éb jöve- delem
<b>Az ellátást igénybe vevő kiskorú</b>						
<b>A közeli hozzátartozók neve, születési ideje</b>	<b>Rokoni kapcsolat</b>					
1)						
2)						
3)						
4)						
<b>ÖSSZESEN:</b>						

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**