|  |
| --- |
| **Cédrus Református**  **Egyesített Szociális Intézmény**  **6500 Baja, Rókus u. 43.**  Telefon: 06-79/321-552  E-mail: [cedrus@diakonia.hu](mailto:cedrus@diakonia.hu), Honlap: [www.cedrusbaja.hu](http://www.cedrusbaja.hu) |

*Iktatószám:……………………………..*

*Érkezett:………………………………..*

**KÉRELEM**

***személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez***

**HÁZI SEGÍTSÉGNYÚJTÁS**

**A kérelmező természetes személyazonosító adatai\*:**

Családi és utóneve:………………………………………………………………………………

Születési családi és utóneve:……………………………………………………………………

Születési helye és ideje:………………………………………………………………………….

Anyja születési családi és utóneve:………………………………………………………………

A kérelmező Társadalombiztosítási és Azonosító Jele\*: ………………………………………..

**A kérelmező elérhetősége\*:**

Lakóhelye:………………………………………………………………………………………

Tartózkodási helye:……………………………………………………………………………...

Értesítési címe:…………………………………………………………………………………..

Telefonszáma:…………………………………………………………………………………...

E-mail címe:……………………………………………………………………………………..

**A kérelmező állampolgársága\*:**……………………………………………………………….

A kérelmező huzamos tartózkodási jogosultsága vagy menekült, hontalan jogállása:………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

A kérelmező szabad mozgásának és tartózkodásának joga:……………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

**A kérelmező cselekvőképességére vonatkozó adat\*:**

* cselekvőképes
* korlátozottan cselekvőképes
* cselekvőképtelen

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\*Kötelezően kitöltendő.*

**A kérelmező törvényes képviselőjének adatai\*:**

Családi és utóneve:………………………………………………………………………………

Születési családi és utóneve:……………………………………………………………………..

Lakóhelye:……………………………………………………………………………………….

Tartózkodási helye:……………………………………………………………………………...

Értesítési címe:…………………………………………………………………………………..

Telefonszáma:…………………………………………………………………………………...

E-mail címe:……………………………………………………………………………………..

Törvényes képviselet jogcíme:…………………………………………………………………..

**A kérelmező megnevezett hozzátartozójának adatai\*:**

Családi és utóneve:………………………………………………………………………………

Születési családi és utóneve:……………………………………………………………………..

Lakóhelye:……………………………………………………………………………………….

Tartózkodási helye:……………………………………………………………………………...

Értesítési címe:…………………………………………………………………………………..

Telefonszáma:…………………………………………………………………………………...

E-mail címe:……………………………………………………………………………………..

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Személyes adatok védelme**

Az ellátást kérelmező és/vagy törvényes képviselője tudomásul veszi, hogy jelen kérelemben megadott személyes adatait, továbbá megnevezett hozzátartozója személyes adatait a szolgálat *a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról* *szóló* *1993. évi III. törvény 20. §-ban* részletezett, 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 kérelmükre 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.

**A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás feltételeiről, a szolgáltatás tartalmáról a kérelem benyújtásakor tájékoztatást kaptam, a tájékoztatást megértettem és tudomásul vettem. Tudomásul veszem, hogy az ellátás megkezdésének legkorábbi időpontjáról a szolgálat vezetője a megadott elérhetőségeken értesíteni fog.**

**Jelen kérelem benyújtásával egyidejűleg az adatkezelési tájékoztató egy példányát átvettem.**

Kelt:………………………………………

……………………………………… ………………………………………

kérelmező aláírása\* törvényes képviselő aláírása

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\*Kötelezően kitöltendő.*

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

**I.**

**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.** |

*(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)*