



Kérelem tartós bentlakásos elhelyezésről fogyatékos személy részére
9/1999. (XI.24.) SzCsM rendelet 3.§(1) bekezdése alapján

A kérelmező adatai:

Név:.....

Születési név:.....

Anyja neve:.....

Születési hely és idő:.....

TAJ – száma:..... Telefonszám:.....

Lakóhelye:.....

Tartózkodási helye:.....

Értesítési címe:.....

Állampolgársága:.....

Cselekvőképessége: cselekvőképes korlátozottan cselekvőképes cselekvőképtelen

(Kérjük aláhúzással megjelölni!)

A kérelmező törvényes képviselője:

Név:..... Telefonszám:.....

Lakóhelye:.....

Tartózkodási helye vagy értesítési címe:.....

E-mail cím:.....

Ellátás igénybevételének kezdete:.....

Soron kívüli ellátásra vonatkozó igény:.....

Az igénybevétel időtartama: határozatlan határozott:.....

Beköltözéssel kapcsolatos igények:.....

....., 20.... hónapnap

.....

kérelmező aláírása

.....

törvényes képviselő aláírása

Az aláírás cselekvőképes kérelmező esetében saját aláírás, korlátozottan cselekvőképes kérelmezőnél saját és törvényes képviselő együttes aláírása, cselekvőképtelen kérelmező esetében törvényes képviselő aláírását jelenti. Kérjük továbbá, hogy a gondnokság alatt álló ellátottak esetében a törvényes képviselőről rendelkező irat másolatát (gondnok kirendelő határozat) is csatolni szíveskedjenek.

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 <input type="checkbox"/> nem indokolt <input type="checkbox"/>
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)