



MEZŐBERÉNYI REFORMÁTUS EGYHÁZKÖZSÉG által fenntartott
MEZŐBERÉNYI REFORMÁTUS SZERETETOTTHON
Székhely: 5650 Mezőberény, Kálvin János tér 8.
☎ 66/554-600 Fax: 66/554-638 📠 20/243-5650
E-mail cím: mezoberenyotthon@reformatus.hu

Kérelem idősök bentlakásos ellátása igénybevételéhez

Az ellátást igénybe vevő adatai:

Név:	
Születési neve:	
Anyja neve:	
Születési helye, időpontja:	
Lakóhelye:	
Tartózkodási helye:	
Telefonszáma:	
Állampolgársága	
Bevándorolt, letelepedett Uniós állampolgár, menekült, hontalan:	
Társadalombiztosítási azonosító jele:	
Nagykorú gyermeke(i): - neve: - születési hely, idő: - anyja neve: - lakóhelye: - tartózkodási helye: - telefonszáma: - e-mail:	
Megnevezett hozzátartozó: - neve: - születési hely, idő: - anyja neve: - lakóhelye: - tartózkodási helye: - telefonszáma: - e-mail:	
Törvényes képviselőjének: - neve: - születési hely, idő: - anyja neve:	

<ul style="list-style-type: none"> - lakóhelye: - tartózkodási helye: - telefonszáma: - e-mail: 	
Az ellátott cselekvőképességének mértéke:	

A tartós bentlakásos elhelyezés igénybevételére vonatkozó adatok:

<i>Idősek Otthona</i>	
Milyen időtartamra kéri a szolgáltatás biztosítását:	
Határozott (annak ideje)	
Határozatlan	
Soron kívüli elhelyezést kér-e:	
Ha igen, annak oka:	

Dátum:

Az ellátást igénybevevő (törvényes képviselő) aláírása:



II.

Jövedelemnyilatkozat

Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó személyes adatok:

Név:

Születési név:

Anyja neve:

Születési hely, idő:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

(itt azt a lakcímet kell megjelölni, ahol a kérelmező életvitelszerűen tartózkodik)

Telefonszám (nem kötelező megadni):

Az 1993. évi III. törvény 117/B. §-a szerint a mindenkor intőzményi térítési díjjal azonos személyi térítési díj megfizetését az ellátást igénylő vagy a térítési díjat megfizető más személy vállalja-e (a rovat kitöltése nem minősül tőnyleges vállalásnak):

igen (ebben az esetben a jővedelemnyilatkozat további részét és a „III. Vagyonynyilatkozat” nyomtatványt nem kell kitölteni)

nem

Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó jővedelmi adatok:

A jővedelem típusa	Nettó összege
Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó:	
Társas és egyéni vállalkozásból, ősternelői, szellemi és más önálló tevékenységből származó:	
Táppénz, gyermekgondozási támogatások:	
Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások:	
Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások:	
Egyéb jővedelem:	
Összes jővedelem:	

Kiskorú igénybevevő esetén a családban élőkre vonatkozó (nettó) jővedelmi adatok:

(kizárólag kiskorú kérelmező esetén szükséges kitölteni)

A család létszáma:fő

Munka- viszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, szellemi és más önálló tevékeny- ségből származó	Táppénz, gyermek- gondozási támogatások	Önkormányzat és állami foglalkoztatási szervek által folyósított ellátások	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások	Egyéb jöve- delem
--	---	--	---	---	-------------------------

Az ellátást igénybe vevő kiskorú							
A közeli hozzátartozók neve, születési ideje	Rokoni kapcsolat						
1)							
2)							
3)							
4)							
5)							
ÖSSZESEN:							

(szükség esetén a táblázat sorai bővíthetők)

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



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 és nappali ellátás (idős, fogyatékos, demens személyek részére) 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):

Diagnózis/ok

BNO kód/ok

<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
<p>3.3. prognózis (várható állapotváltozás):.....</p> <p>.....</p>		
<p>3.4. ápolási-gondozási igények:.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
<p>3.5. speciális diéta:</p>		
<p>3.6. szenvedélybetegség:</p>		
<p>3.7. pszichiátriai megbetegedés:</p>		
<p>3.8. fogyatékoságban szenved-e (típusa, mértéke):.....</p> <p>.....</p>		
<p>3.9. demencia:</p>		
<p>3.10. gyógyszeresedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges, stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek:.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
<p>4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
<p>Dátum:</p>	<p>Orvos aláírása:</p>	<p>P.H.</p>

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)