

**Intézmény neve: Kótaji Református Egyházközség Idősek Szeretotthona**  
**Intézmény címe: 4482 Kótaj, Katona Pál út 1**  
**Intézmény telefonszáma: 42/ 575-031**  
**Intézmény elektronikus levelezési címe: refotthonkotaj@gmail.com**

**KÉRELEM<sup>1</sup>**  
**az idősek nappali ellátása,**  
**mint személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételére**

A kérelmező természetes személyazonosító adatai\*:

Családi és utóneve: .....

Születési családi és utóneve: .....

Születési helye és ideje: .....

Anyja születési családi és utóneve: .....

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

A kérelmező elérhetősége\*:

Lakóhelye: .....

Tartózkodási helye<sup>2</sup>: .....

Értesítési címe<sup>3</sup>: .....

Telefonszáma: .....

A kérelmező állampolgársága\*: .....

A kérelmező bevándorolt, letelepedett vagy menekült, hontalan jogállása<sup>4</sup>: .....

A kérelmező szabad mozgásának és tartózkodásának joga<sup>5</sup>: .....

A kérelmező cselekvőképességére vonatkozó adat<sup>6</sup>:

cselekvőképes

korlátozottan cselekvőképes

cselekvőképtelen

A kérelmező törvényes képviselőjének adatai\*<sup>7</sup>:

Családi és utóneve: .....

Születési családi és utóneve: .....

Lakóhelye: .....

Tartózkodási helye: .....

Értesítési címe: .....

Telefonszáma: .....

Törvényes képviselő jogcíme<sup>8</sup>: .....

A kérelmező megnevezett hozzátartozójának adatai\*:

Családi és utóneve: .....

Születési családi és utóneve: .....

Lakóhelye: .....

Tartózkodási helye: .....

Értesítési címe: .....

Telefonszáma: .....

Soron kívüli ellátásra vonatkozó igény:.....  
.....  
.....  
.....

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását? .....

Határozott vagy határozatlan időre igényli a szolgáltatást?      határozott      határozatlan

Határozott időtartam esetén, mettől- meddig kéri az ellátást?  
.....

---

### 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. tv. 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 igénybe vétele 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

## 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 (TAJ):.....

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.

JÖVEDELEMNYILATKOZAT  
Idősek nappali ellátása igénybevétele esetén

Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó személyes adatok:

Név: \_\_\_\_\_  
Születési név: \_\_\_\_\_  
Anyja neve: \_\_\_\_\_  
Születési hely: \_\_\_\_\_  
Születési idő: \_\_\_\_\_  
Lakóhely: \_\_\_\_\_  
Tartózkodási hely: \_\_\_\_\_  
(itt azt a lakcímet kell megjelölni, ahol a kérelmező életvitelszerűen tartózkodik)  
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):

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

Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó jövedelmi adatok:

A jövedelem típusa	Jövedelem nettó összege (pénznem)
Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó jövedelem	
Társas és egyéni vállalkozásból, östermelői, szellemi és más önálló tevékenységből származó jövedelem	
Táppénz, gyermekgondozási támogatások	
Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások	
Önkormányzat és állami foglalkoztatási szervek által folyósított ellátások	
Egyéb jövedelem	
Összes jövedelem	

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.

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