



Katolikus Szeretetszolgálat  
ZÁRDAKERT IDŐSEK OTTHONA  
Dabas-Gyón, 2373 Zárda köz 6.

Tel.: 29/367299, E-mail: [zardakert@szeretetszolgalat.hu](mailto:zardakert@szeretetszolgalat.hu)

## Kérelem a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez

<b>1. Az ellátást igénybe vevő adatai:</b>
NÉV családi és utóneve:
Születési családi és utóneve:
Születési helye, időpontja:
Anyja születési családi és utóneve:
Lakóhelye:
Tartózkodási helye, értesítési cím:
A kérelmező állampolgársága, bevándorolt, letelepedett vagy menekült, hontalan jogállása, a szabad mozgás és tartózkodás jogára vonatkozó adat:
Társadalombiztosítási Azonosító Jele:
Tartására köteles személy adatai:
a) neve és születési neve:
b) lakó- és tartózkodási helye vagy értesítési címe:
c) telefonszám:
d) e-mail:
A kérelmező cselekvőképességére vonatkozó adat: TÖRVÉNYES KÉPVISELŐJE (kérjük aláhúzni): VAN / NINCS • ha van, akkor az alátámasztását igazoló iratokat kérjük csatolni.
Legközelebbi hozzátartozójának vagy törvényes képviselőjének adatai:
a) neve és születési neve:
b) lakó- és tartózkodási helye vagy értesítési címe:
c) telefonszáma:
d) e-mail:
A kérelmező nagykorú gyermekének/gyermekének felsorolása: (külön lapon folytatható)
neve és születési neve:
telefonszáma:
lakó- és tartózkodási helye vagy értesítési címe:



<b>2. Az idősök otthonában történő ellátás igénylését megalapozó körülmények</b>	
<b>2.1. ápolást-gondozást nyújtó intézmény idősök otthonába</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• az elhelyezést az általános szabályok szerint (nem az a), b) pontban felsorolt körülmények alapján) kéri</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• az elhelyezést a gondozási szükségletet megalapozó <b>egyéb körülmények alapján kéri</b></li> </ul>	
a) a demencia kórkép legalább középsúlyos fokozata, amelyet pszichiáter, neurológus vagy geriáter szakorvos szakvéleményével igazoltak;	<input type="checkbox"/>
ba) az ellátást igénylő egyedül él, és nyolcvanadik életévét betöltötte (életkort a személyi igazolvány másolatával kell bizonyítani)	<input type="checkbox"/>
bb) az ellátást igénylő egyedül él, és hetvenedik életévét betöltötte és lakóhelye közműves vízellátás vagy közműves villamosenergia-ellátás nélküli ingatlan	<input type="checkbox"/>
bc) az ellátást igénylő egyedül él, és hallási fogyatékosként fogyatékosági támogatásban vagy vakok személyi járadékában részesül, amit az ellátást megállapító jogerős határozat vagy az ellátás folyósítását igazoló irat másolatával igazoltak,	<input type="checkbox"/>
bd) az ellátást igénylő egyedül él, és a bc) pont szerinti eseten kívüli okból fogyatékosági támogatásban részesül és az orvosszakértői szerv, illetve jogelődje szakértői bizottságának szakvéleménye, szakhatósági állásfoglalása az önkiszolgálási képességének hiányát állapította meg, amit az érvényes és hatályos szakvélemény, szakhatósági állásfoglalás másolatával igazoltak,	<input type="checkbox"/>
be) az ellátást igénylő egyedül él, és a komplex minősítésre vonatkozó részletes szabályokról szóló 7/2012. (II. 14.) NEFMI rendelet 3. § (2) bekezdés f) pontja szerinti E minősítési kategóriába tartozó rokkantsági ellátásban részesül, vagy rokkantsági járadékban részesül, amit az ellátást, járadékot megállapító jogerős határozat és a kérelem benyújtását megelőző havi nyugdíj-folyósítási, járadékfolyósítási csekkszelvény vagy bankszámlakivonat másolatával igazoltak, vagy	<input type="checkbox"/>
bf) az ellátást igénylő egyedül él, és munkaképességét 100%-ban elvesztette vagy legalább 70%-os mértékű egészségkárosodást szenvedett és önellátásra nem vagy csak segítséggel képes, amit az orvosszakértői szerv, a rehabilitációs szakértői szerv vagy a rehabilitációs hatóság illetve jogelődje érvényes és hatályos szakvéleményének, szakhatósági állásfoglalásának, határozatának másolatával, hatósági bizonyítványával igazoltak.	<input type="checkbox"/>
<b>3. A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételére vonatkozó adatok:</b>	
<b>3.1. Ápolást-gondozást nyújtó intézmény</b>	
milyen időtartamra kéri a szolgáltatás biztosítását:	
határozott (annak ideje) .....	<input type="checkbox"/>
határozatlan	<input type="checkbox"/>
sonon kívüli elhelyezést kér-e:	<input type="checkbox"/>
ha igen, annak oka:	
<b>3.3. Megjegyzések</b>	
<p>3.3.1. Idősök otthona igénybevételére irányuló kérelem esetén – ha az elhelyezést az általános szabályok szerint kérik – a gondozási szükséglet vizsgálata során be kell mutatni a gondozási szükséglet megítélését szolgáló, rendelkezésre álló leletek és szakvélemények másolatát.</p> <p>3.3.2. Amennyiben az idősotthoni ellátást a gondozási szükségletet megalapozó egyéb körülmények alapján kérik, a 2. pontban megjelölt körülmények igazolásához a gondozási szükséglet vizsgálata során az alábbi dokumentumokat kell bemutatni:</p> <p>a) alpont esetén: amelyet pszichiáter, neurológus vagy geriáter szakorvos szakvéleményével igazoltak;</p> <p>bb) alpont esetén: az életkort személyazonosításra alkalmas igazolvány másolatával kell igazolni, a közművesítés hiányát a települési önkormányzat jegyzője igazolja.</p>	
<b>Dátum:</b>	
Az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása:	





Katólikus Szeretetszolgálat  
ZÁRDAKERT IDŐSEK OTTHONA  
Dabas-Gyón, 2373 Zárda köz 6.

Tel.: 29/367299, E-mail: [zardakert@szcretetszolgalat.hu](mailto:zardakert@szcretetszolgalat.hu)

1. számú melléklet a 9/1999. (XI. 24.) SZCSM rendelethez<sup>74</sup>

**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:

<b>1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás, idősek nappali ellátása igénybevétele esetén</b>		
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:		
<b>2. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételére vonatkozóan igazolom, hogy egészségi állapota alapján a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás biztosítása</b>		
indokolt <input type="checkbox"/> nem indokolt <input type="checkbox"/>		
<b>3. Átmeneti elhelyezés (az éjjeli menedékhely kivételével), ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmények, lakóotthon esetén</b>		
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* :		
<b>4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:</b>		
<b>Dátum:</b>	<b>Orvos aláírása:</b>	<b>P. H.</b>

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz), \* (külön lapon is megjeleníthető)