



**Békéssámson község
Önkormányzata**

**5946 Békéssámson, Hősök tere 10-12.
68/470-000 Fax: 68/470-023
E-mail: pmhivatal@bekessamson.hu**

**Kérelem
Házi segítségnyújtás igénybevétele iránt**

I. Az ellátást kérelmező személyes adatai:

Név.....

Születési neve:.....

Születési hely, idő:.....

Anyja neve:.....

Lakóhelye:.....

Tartózkodási helye:.....

Állampolgársága:.....

Bevándorolt letelepedett menekült jogállása

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:.....

Telefon:.....

Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)

Neve:.....

Lakóhelye:.....

Telefonszáma:.....

Az ellátás igénybevételére vonatkozó adatok

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

Milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását?.....

Milyen típusú segítséget igényel?

- Segítség napi tevékenység ellátásában
 Bevásárlás, gyógyszerbeszerzés, személyes gondozás,
 egyéb:.....

Nyilatkozat

Alapszolgáltatást kérelmező nyilatkozom, hogy (a megfelelő bejelölendő)

- Nem veszek igénybe szociális alapszolgáltatást más szolgáltatónál, intézménynél
- Igénybe veszek szociális alapszolgáltatást más szociális szolgáltatónál

Igénybe vett szolgáltatás

Szolgáltató, intézmény neve

- | | |
|---------------------------------------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Étkeztetés | |
| <input type="checkbox"/> Házi segítségnyújtás | |
| <input type="checkbox"/> Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás | |
| <input type="checkbox"/> Nappali ellátás | |
| <input type="checkbox"/> Támogató szolgáltatás | |

Kelt:.....

.....
Kérelmező aláírása
(törvényes képviselőjének 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 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. Vagyonynyilatkozat” nyomtatványt nem kell kitölteni,
 nem

Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó jövedelmi adatok:

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

Kiskorú igénybe vevő esetén a családban élőkre vonatkozó (nettó) jövedelmi adatok:

A család létszáma: fő	Munka- viszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, szellemi és más önálló tevékeny- ségéből származó	Táppénz, gyermek- gondozási támogatás ok	Önkormányzat és munkaügyi 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) aláírás**

3.5. speciális diétára szorul-e:

3.6. szenvedélybetegségben szenved-e:

3.7. pszichiátriai megbetegedésben szenved-e:

3.8. fogyatékoságban szenved-e (típusa, mértéke):

3.9. idősotthoni ellátás esetén demenciában szenved-e:

3.10. gyógyszeresedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre:

4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:

Dátum:

Orvos aláírása:

P.H: