

KÉRELEM TARTÓS BENTLAKÁSOS ELHELYEZÉS IGÉNYBEVÉTELÉHEZ
(IDŐSEK OTTHONA)

1. Az ellátást igénylő adatai

Név:	Születési név:
Anyja neve:	
Születési helye, ideje:	
Lakóhelye:	
Tartózkodási helye:	
Értesítési címe:	
Telefonszáma:	
TAJ-száma:	
Állampolgársága:	
Magyarországon tartózkodás jogcíme (nem magyar állampolgár esetén): ☐ bevándorolt ☐ letelepedett ☐ menekült ☐ hontalan ☐ EU állampolgár (az ezt igazoló dokumentum becsatolása)	

2. Cselekvőképességre vonatkozó adatok

Kérelmező cselekvőképessége: ☐ cselekvőképes ☐ részlegesen cselekvőképes ☐ cselekvőképtelen	
Törvényes képviselőjének neve:	Születési neve:
Lakó- és tartózkodási helye, vagy értesítési címe:	
Telefonszáma:	

3. Ellátást igénylő megnevezett hozzátartozójának adatai

Név:	Születési név:
Lakó- és tartózkodási helye, vagy értesítési címe:	
Telefonszáma:	

4. Ellátást igénylő nagykorú gyermekének adatai

4.1.

Név:	Születési név:
Lakó- és tartózkodási helye, vagy értesítési címe:	
Telefonszáma:	

4.2.

Név:	Születési név:
Lakó- és tartózkodási helye, vagy értesítési címe:	
Telefonszáma:	

4.3.

Név:	Születési név:
Lakó- és tartózkodási helye, vagy értesítési címe:	
Telefonszáma:	

5. Tartós bentlakásos ellátás igénybevételére vonatkozó adatok

Milyen okból kéri az elhelyezést:	
Soron kívül kéri az elhelyezést? ☐ igen ☐ nem	
Amennyiben igen, annak indokolása: ☐ önmaga ellátására teljesen képtelen és nincs olyan hozzátartozója, aki ellátásáról gondoskodna, és ellátása más egészségügyi vagy szociális szolgáltatás biztosításával sem oldható meg, ☐ a háziorvos, kezelőorvos szakvéleménye szerint soron kívüli elhelyezése indokolt, ☐ szociális helyzetében, egészségi állapotában olyan kedvezőtlen változás következett be, amely miatt soron kívüli elhelyezése vált szükségessé, ☐ kapcsolata vele együtt élő hozzátartozójával, eltartójával helyrehozhatatlanul megromlott, és a további együttélés életét, testi épségét veszélyezteti.	
Milyen időtartamra kéri az elhelyezést? ☐ határozatlan ☐ határozott	
Határozott idő megjelölése esetén annak időtartama:	
Melyik idők otthonába kéri az elhelyezését?	
1.	2.
3.	4.

- ☐ A jelen kérelem alapján lefolytatott, szociális igazgatási eljárással kapcsolatos adatkezelési tájékoztatót megismertem, az abban foglaltakat megértettem.¹
- ☐ Azon személyes adataim szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához hozzájárulok, melyek megadása nem kötelező.²

Dátum: _____

Az ellátást igénylő (törvényes képviselő) aláírása

„A kérelem előterjesztésekor mellékelni kell az 1. számú melléklet I. része szerinti orvosi igazolást vagy a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás ideje alatt, illetve annak megszűnését követő 30 napon belül történő igénylésnél a kórházi zárójelentést.”

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: _____

1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás, idősök 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 igénybevételeire 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.

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)