



**Egyesített Egészségügyi és Szociális Intézmény Győr
Központi Igazgatási Csoport**

Cím: 9025 Győr, Köztelek u. 15.
Tel.: 96/527-899
E-mail: ellatasinfo@eeszi.hu
Web: www.eeszi.hu

**KÉRELEM ÁTMENETI ELHELYEZÉST NYÚJTÓ INTÉZMÉNYI ELLÁTÁS
IGÉNYBEVÉTELÉHEZ**
(időskorúak gondozóháza)
NYOMTATOTT BETŰVEL KÉRÜK KITÖLTENI!

1. Az ellátást igénylő

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

2. Cselekvőképességre vonatkozó adatok

Kérelmező gondnokság alatt áll: <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> ideiglenes gondok került kirendelésre (az ezt igazoló dokumentum becsatolandó, ideiglenes gondnok kirendelése esetén a kérelem benyújtásához a gyámhatóság előzetes jóváhagyása szükséges)	
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. Átmeneti elhelyezésre vonatkozó adatok

Milyen okból kéri az elhelyezést?
Soron kívül kéri-e az elhelyezést? <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
Amennyiben igen, annak indokolása:
Milyen időponttól kéri az elhelyezést?
Milyen időtartamra kéri az elhelyezést?

- A jelen dokumentum aláírásával nyilatkozom, hogy az eljárással kapcsolatos adatkezelési tájékoztatót megismertem, az abban foglaltakat megértettem.¹**
- Azon személyes adataimnak az eljárás során történő felhasználásához hozzájárulok, melyek megadása nem kötelező.²**

Dátum: _____

Ellátást igénylő (törvényes képviselő) aláírása

Megjegyzés:

Átmeneti elhelyezés igénybevételét megelőzően a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről szóló 9/1999. (XI. 24.) SzCsM. rendelet alapján előgondozást kell végezni, melyet előzetes egyeztetést követően az Egyesített Egészségügyi és Szociális Intézmény ezzel a feladattal megbízott munkatársai végeznek el ellátást igénylővel, annak tartózkodási helyén.

A megfelelő választ a -ben X-el kell jelölni!

¹ A kérelmező a négyzetbe elhelyezett X jellel nyilatkozik, e nyilatkozat nélkül a kérelem nem fogadható be.

² A kérelmező a négyzetbe elhelyezett X jellel nyilatkozik, e nyilatkozat nélkül a kérelem nem fogadható be, ha olyan személyes adatot ad meg (pl. telefonszám), amely megadása nem kötelező.

„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 igénybevételére vonatkozóan igazolom, hogy egészségi állapota alapján a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás biztosítása		
indokolt <input type="checkbox"/> nem indokolt <input type="checkbox"/>		
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)

II. JÖVEDELEM NYILATKOZAT

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 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, östermelői, szellemi és más önálló tevékenységből származó	
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 – amennyiben a mindenkori intézményi térítési díjjal azonos személyi térítési díj megfizetését a fenti nyilatkozatban nem vállaltam – egyidejűleg csatoltam. Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak az eljárás során történő felhasználásához.

Dátum: _____

Az ellátást igénylő
(törvényes képviselő) aláírása