**Veszprém Megyei
Fogyatékos Személyek**

**Pszichiátriai és Szenvedélybetegek Integrált Intézménye**

**8592 Dáka, Dózsa György utca 80.**

**Tel.: +3689/340-004  Fax.: +3689/340-187**

**dakaotthon@globonet.hu**

[**www.dakaotthon.hu**](http://www.dakaotthon.hu)

**Kérelem a Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételéhez
A.) Adatlap**

|  |
| --- |
| **1. Az ellátást igénybevevő adatai:** |
| Név:  |  |
| Születési neve:  |  |
| Születési helye:  |  |
| Születési időpontja:  |  |
| Anyja neve:  |  |
| Társadalombiztosítási Azonosító Jel (TAJ): |  |
| Igénybevevő telefonszám: |  |
| Lakóhelye: |  |
| Állampolgársága: |  |
| Jogállása:  |  Bevándorolt Letelepedet Menekült |
| Kérelmező cselekvőképessége: (megfelelő állítás aláhúzandó) |  Nem áll gondnokság alatt Cselekvőképesség részleges korlátozása Cselekvőképesség teljes korlátozása(Gondnokoltság esetén kérem a gondnokkirendelő határozat másolatát csatolni!) |
| Törvényes képviselőjének | neve: |  |
| lakóhelye: |  |
| telefonszáma: |  |
| Legközelebbi hozzátartozójának | neve: |  |
| lakóhelye: |  |
| telefonszáma: |  |
| Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykor személyek száma: |  |

Az **életkor igazolására** kérem csatolni a személyi igazolvány másolatát!
**A súlyos fogyatékosság és pszichiátriai betegség igazolására** kérem csatolni az 1 évnél nem régebbi pszichiáter vagy neurológus szakorvosi szakvéleményt, vagy a súlyos fogyatékosság igazolására a fogyatékosság fennállását igazoló szakvélemény másolatát/ a fogyatékossági támogatás folyósítását igazoló határozat másolatát.

Kelt, 2021. …………………………………….. aláírás:

***Egészségi állapotra vonatkozó adatok a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételéhez (háziorvos, kezelőorvos tölti ki)***

**B.) Adatlap**

|  |  |
| --- | --- |
| 1.1 Krónikus betegségek (kérjük sorolja fel):  |  |
| 1.2 fertőző betegségek (kérjük, sorolja fel): |  |
| 1.3. fogyatékosság (típusa, 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**

A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kelt, 2021.

 ph. Orvos aláírása

**„C” Adatlap**

***Jövedelemnyilatkozat***

Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó személyes adatok:

Név.: …………………………………………………………………………………………….

Születési név.: …………………………………………………………………………………..

Anyja neve: ……………………………………………………………………………………..

Születési hely, év, hó, nap.: …………………………………………………………………….

Lakóhely: ……………………………………………………………………………………….

Tartózkodási hely: ………………………………………………………………………………

(itt azt a lakcímet vagy tartózkodási címet kell megjelölni, ahol a kérelmező életvitelszerűen tartózkodik)

Telefonszám (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):
(A megfelelő válasz aláhúzandó!)

**1.Igen –** ebben az esetben a Jövedelemnyilatkozat további részét nem kell kitölteni, viszont a kérelem részét képező „Nyilatkozat” nyomtatvány kitöltése szükséges.

**2.Nem**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **A jövedelem típusa** | **Nettó összege** |
| 1.  | Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó  |  |
| 2. | Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó |  |
| 3. | Táppénz, gyermekgondozási támogatások |  |
| 4.  | Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások |  |
| 5.  | Önkormányzat és állami foglalkoztatási szervek által folyósított ellátások |  |
| 6.  | Egyéb jövedelem |  |
| **7.**  | **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.

Dátum: 2021. …………………………………..

 Az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása