

Kérelem
az idősök nappali ellátása, mint a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás
igénybevételéhez

1. Az ellátást kérelmező adatai:

Név:..... Születési név:.....
Anyja neve:
Társadalombiztosítási Azonosító Jel:
Születési hely, idő:
Lakóhely:
Tartózkodási hely:
Értesítési cím és telefonszám:
Állampolgárság:
Magyarországon tartózkodás jogcíme
Bevándorolt:.....Letelepedett:.....Uniós állampolgár:.....
Menekült:Hontalan:.....
A szabad mozgás és tartózkodás jogára vonatkozó adat:
Cselekvőképesség mértéke:

Törvényes képviselő

1. neve:.....születési neve.....
2. Állandó lakhelye:
3. Tartózkodási helye:
4. Értesítési címe:
5. telefonszáma:

Megnevezett hozzátartozó

1. neve:.....születési neve.....
2. Állandó lakhelye:
3. Tartózkodási helye:
4. Értesítési címe:
5. telefonszáma:

A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételére vonatkozó adatok

Igényelt szolgáltatás: **Idősök nappali ellátása**

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:

Milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását:

Kelt: Biharkeresztes, 20..... hó..... nap

.....
Az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása

I. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

(a házi orvos, kezelőorvos, vagy kórházi kezelés esetén a kórházi osztályos orvos tölti ki)

Név (születési név):

Születési hely, idő:

Lakóhely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jel (TAJ):.....

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 **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):

Diagnózis/ok	BNO kód/ok

3.3. prognózis (várható állapotváltozás):

.....

3.4. ápolási-gondozási igények:

.....

.....

3.5. speciális diéta:

3.6. szendélybetegség:

3.7. pszichiátriai megbetegedés:

3.8. fogyatékoság (típusa, mértéke):

3.9. demencia:

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

.....

4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:

.....

Dátum:

.....

.....
orvos aláírása

p.h.

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)