AJAKI ALAPSZOLGÁLTATÁSI KÖZPONT ÉS KONYHA
✉ 4524 Ajak, Kiss Ernő út 1.
☎ Tel/fax: 45/455-001
E-mail: ajak.szocialis@gmail.com

KÉRELEM

a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez

(A formanyomtatvány az igényelt szociális ellátás típusának megfelelő adatok figyelembevételével töltendő ki.)

1. Az ellátást igénybe vevő adatai:

Név:
Születési neve:
Anyja neve:
Születési helye, időpontja:
Lakóhelye:
Tartózkodási helye:
Értesítési címe:
Telefonszáma:
Állampolgársága:
Bevándorolt, letelepedett vagy menekült hontalan jogállása:
Cselekvőképességére vonatkozó adat:
Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Törvényes képviselőjének (vagy megnevezett hozzátartozójának):

Név:
Lakóhelye:
Telefonszáma:

2. Milyen típusú ellátás igénybevételét kéri:

étkeztetés:
házi segítségnyújtás:
nappali ellátás:

3. Étkeztetés

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:
Milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását:
Étkeztetés módja:
Helyben fogyasztás:
Elvitellel:
Kiszállítással:
Diétás étkeztetés:

Dátum:

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

1. számú melléklet a 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelethez

I. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS
(a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)

Név (születési név): _____

Születési hely, idő: _____

Lakóhely: _____

Társadalombiztosítási Azonosító Jel: _____

1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás és nappali ellátás (idős, fogyatékos, demens személyek részére) igénybevétele esetén
(házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás esetében az 1.1. pontot nem kell kitölteni):
1.1. önellátásra vonatkozó megállapítások:
önellátásra képes □ **részben képes** □ **segítséggel képes** □
1.2. szenved-e krónikus betegségben:
1.3. fogyatékosság típusa (hallássérült, látássérült, mozgássérült, értelmi sérült) és mértéke:
1.4. rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e:
1.5. gyógyszerek adagolásának ellenőrzése szükséges-e:
1.6. szenvedett-e fertőző betegségben 6 hónapon belül:
1.7. egyéb megjegyzések:

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):
3.3. prognózis (várható állapotváltozás):
3.4. ápolási-gondozási igények:
3.5. speciális diétára szorul-e:
3.6. szenvedélybetegségben szenved-e:
3.7. pszichiátriai megbetegedésben szenved-e:
3.8. fogyatékosságban szenved-e (típusa, mértéke):
3.9. idősotthoni ellátás esetén demenciában szenved-e:
3.10. gyógyszerszedés 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.**

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)

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. Vagyonnyilatkozat" 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 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-ségből származó	Táppénz, gyermek-gondozási támogatások	Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások	Egyéb jövedelem
Az ellátást igénybe vevő kiskorú							
A közeli hozzá-tartozók neve, születési ideje	Rokoni kapcsolat						
1)							
2)							
3)							
4)							
5)							
ÖSSZESEN:							

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) aláírása

NYILATKOZAT

Alulírott _____(név) Ajak, _____út ____sz. alatti lakos büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy a kérelem benyújtását megelőző hónapban

- jövedelmem_____Ft/hó
- családi pótlék_____Ft/hó
- nyugdíjam_____Ft/hó
- egyéb jövedelem_____Ft/hó
- ápolási díj_____Ft/hó

Ajak, 20_____

_____
Nyilatkozattevő

Tanúk:

_____ _____

_____ _____

AJAKI ALAPSZOLGÁLTATÁSI KÖZPONT ÉS KONYHA
✉ 4524 Ajak, Kiss Ernő út 1.
☎ Tel/fax: 45/455-001
E-mail: ajak.szocialis@gmail.com

Kitöltendő abban az esetben, amennyiben a II. JÖVEDELEMNYILATKOZATBAN az intézményi térítési díjjal azonos összegű térítési díj megfizetéséről igennel nyilatkozott.
A költségeket vállaló tölti ki.

NYILATKOZAT
intézményi térítési díjjal azonos összegű személyi térítési díj megfizetésére

Alulírott

Neve: .....

Szül. helye, ...ideje:.....

anyja neve:.....

Telefonszáma:.....

szig. sz.:.....

Lakóhelye: .....

vállalom a mindenkori térítési díjjal azonos mértékű személyi térítési díj megfizetését az **Ajaki Alapszolgáltatási Központ és Konyhától** igényelt szociális alapszolgáltatás (szociális étkeztetés, házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás) biztosítása esetén ..... nevű hozzátartozóm / saját magam után *.

Ajak, ...

_____
nyilatkozó

Előttünk, mint tanuk előtt:

1._____ 2._____

_____ _____

*a megfelelő aláhúzandó

117/B.§ (1) Az ellátást igénylő, az ellátott vagy a térítési díjat megfizető más személy írásban vállalhatja a mindenkori intézményi térítési díjjal azonos személyi térítési díj megfizetését. Ebben az esetben a 116. § (1) és (3) bekezdésében, valamint a 117. §-ban és a 117/A. § (1)-(2) bekezdésében foglaltakat nem kell alkalmazni, továbbá nem kell elvégezni a 119/C. §-a szerinti jövedelemvizsgálatot, ugyanakkor biztosítani kell, hogy az ellátást ilyen módon igénylő érintett ne kerüljön előnyösebb helyzetbe, mint ha a vállalást ő vagy a térítési díjat megfizető más személy nem tenné meg.

2/A. § (1) Az Szt. 117/B. §-a szerinti esetben az ellátást igénylő vagy a térítési díjat megfizető más személy az intézményi térítési díjjal azonos személyi térítési díj megfizetését egy év időtartamra, tartós bentlakásos intézmény esetén legfeljebb három év időtartamra vállalhatja, amely időtartam meghosszabbítható.

(2) Ha az (1) bekezdés szerinti időtartam meghosszabbítására nem kerül sor, az Szt-nek a személyi térítési díj megállapítására vonatkozó általános szabályait kell alkalmazni.

AJAKI ALAPSZOLGÁLTATÁSI KÖZPONT ÉS KONYHA
✉ 4524 Ajak, Kiss Ernő út 1.
☎ Tel/fax: 45/455-001
Email: ajak.szocialis@gmail.com

Érintett személy neve: .....

Címe: ..... **Anyja neve:** .....

Az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 rendelete (GDPR) alapján önkéntes, konkrét, tájékoztatáson alapuló, külső befolyástól mentes egyértelmű hozzájárulásomat adom a személyes adataim kezeléséhez, a következő adatkezelő/adatfeldolgozó számára:

Ajaki Alapszolgáltatási Központ és Konyha
Adószáma: 16824571-2-15
4524 Ajak, Kiss Ernő út 1.

Az érintett adatok tárolásának időtartalma: visszavonásig.

Hozzájárulás tárgyában érintett adatok *a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról 1993.évi III. törvény 20.§ (2) Az (1) bekezdés szerinti nyilvántartás az alábbi adatokat tartalmazza:*

a) a kérelmező természetes személyi azonosító adatai és Társadalombiztosítási Azonosító Jele,
b) a kérelmező telefonszáma, lakó- és tartózkodási helye, értesítési címe,
c) a kérelmező állampolgársága, bevándorolt, letelepedett vagy menekült, hontalan jogállása, a szabad mozgás és tartózkodás jogára vonatkozó adat,
d) a kérelmező cselekvőképességére vonatkozó adat,
e) a kérelmező törvényes képviselőjének, a kérelmező megnevezett hozzátartozójának, továbbá tartós, bentlakásos intézményi ellátás esetében a kérelmező nagykorú gyermekének neve, születési neve, telefonszáma, lakó- és tartózkodási helye vagy értesítési címe,
f) a kérelem előterjesztésének vagy a beutaló határozat megküldésének időpontja,
g) soron kívül ellátásra vonatkozó igény,
h) az előgondozás lefolytatásának időpontja, ha annak elvégzése kötelező.

(2a) * A fenntartó a szociális szolgáltatások területi lefedettségének megállapítása érdekében a hónap első napján az általa fenntartott szociális szolgáltatóknál, intézményeknél nyilvántartásban lévő kérelmezők Társadalombiztosítási Azonosító Jelét szociális szolgáltatóként, intézményenként (székhelyenként, telephelyenként) minden hónap 5. napjáig megküldi a Kincstárnak. A Kincstár a kapott adatokat összeveti a 20/C § szerinti nyilvántartás adataival, és azokból – az esetleges átfedések kiszűrésével – engedélyesenként, területileg és országosan kiszámolja az egyes szolgáltatásokra várakozó személyek számát, majd a Társadalombiztosítási Azonosító Jeleket haladéktalanul törli.

Hozzájárulás tárgyában érintett adatok az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény szerint a GDPR értelmezése szerint:

- **Egészségügyi adat**: egy természetes személy testi vagy pszichikai egészségi állapotára vonatkozó személyes adat, ideértve a természetes személy számára nyújtott egészségügyi szolgáltatásokra vonatkozó adatokat is, amely információt hordoz a természetes személy egészségi állapotáról.
- **Genetikai adat: Nem járulok hozzá**
- **Biometrikus adat: Nem járulok hozzá**

Az adatkezelő neve:
Ajaki Alapszolgáltatási Központ és Konyha
4524 Ajak, Kiss Ernő út 1.