



Veresegyház Kistérség Esély Szociális Alapellátási Központ

2113 Erdőkertes, Fő út 51.

Tel: 06709310959, 06703385438

Email: eselykistersegveres@gmail.com

Web: www.eselykisterseg.hu

Hivatali kapu: VHONKESELY Veresegyházi Kistérség Önkormányzatainak
Többcélú Társulása Esély Szociális Alapellátási Központ 540889151

iktsz.:

érkeztetés időpontja (szakmai vezető tölti ki, hiánytalan beadvány esetén):

Kérelem

idősek nappali ellátása igénybevételehez

A kérelemhez szükséges dokumentumok:

1. TAJ kártya, LAKCÍMKÁRTYA bemutatása
2. Egészségi állapotra vonatkozó igazolás (a „Kérelem” részeként 3. old.)

1. Az ellátást igénybe vevő adatai:

Név:.....

Születési neve:.....

Anyja neve:.....

Születési helye, időpontja:.....

Lakóhelye:.....

Tartózkodási helye:.....

Értesítési címe:.....

Állampolgársága:.....

Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása:.....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:.....

Telefonszáma (vezetékes és mobil):.....

Cselekvőképességet korlátozó/kizáró gondnokság alatt áll-e?

Soron kívüli ellátásra vonatkozó igény:

Rendelkezik tartási vagy öröklési szerződéssel? ☐ igen ☐ nem

2. A kérelmező törvényes képviselőjének, vagy gondnokának adatai:

a) neve:.....

b) születési neve:

c) lakóhelye:.....

d) tartózkodási helye, értesítési címe:.....

e) telefonszáma (vezetékes és mobil):.....



Veresegyház Kistérség Esély Szociális Alapellátási Központ

2113 Erdőkertes, Fő út 51.

Tel: 06709310959, 06703385438

Email: eselykistersegveres@gmail.com

Web: www.eselykisterseg.hu

Hivatali kapu: VHONKESELY Veresegyházi Kistérség Önkormányzatainak

Többcélú Társulása Esély Szociális Alapellátási Központ 540889151

A kérelmező által megnevezett legközelebbi hozzátartozójának adatai:

- a) neve:.....
- b) születési neve:
- c) lakóhelye:.....
- d) tartózkodási helye, értesítési címe:.....
- e) telefonszáma (vezetékes és mobil):.....

A Szt. 20. § (1) bekezdés e) pontja szerint a nyilvántartásunkban a kérelmező törvényes képviselőjének, a kérelmező megnevezett hozzátartozójának a fenti adatait kell rögzíteni.

Tudomásul vettem:

Törvényes képviselő/Hozzátartozó

Nyilatkozat

Alulírott.....nyilatkozom, hogy
hozzájárulok a jelen Kérelemben szereplő adatok igazolására szolgáló
dokumentumok, és az elbírálásához szükséges adatok igazolására szolgáló
dokumentumok bemutatásával a Kérelemben szereplő adatoknak az eljárás során
történő felhasználásához.

Dátum:

alapszolgáltatást igénylő személy/törvényes képviselő

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, idősek 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):		
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)

Mint ellátást kérelmező hozzájárulok, hogy az ügyintézés megkönnyítése érdekében, jelen egészségi állapotra vonatkozó igazolást a Szolgáltató részére, háziorvosom/kezelőorvosom kiadja.

.....

(az ellátást kérelmező aláírása)