

Ikt.sz.:...../2018.

Kérelem

Idősek Otthona

személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez

A

(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 cím és telefonszám:.....

Állampolgársága:.....

Magyarországon tartózkodás jogcíme:

Bevándorolt, letelepedett, menekült, hontalan, Uniós állampolgár

A szabad mozgás és tartózkodás jogára vonatkozó adat:.....

Elhelyezés sürgőssége:.....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:.....

Cselekvőképesség mértéke:.....

Tartására köteles személy:

a) neve:.....

b) lakóhelye:.....

Telefonszáma:.....

**KOMOTTHON Komádi Idősek Otthona és Gyermekélelmezési
Nonprofit Közhasznú Korlátolt Felelősségű Társaság**
„Komádi Idősek Otthona”
4138 Komádi, Hősök tere 10/2.
e-mail: komotthon@gmail.com
tel/fax.: 06-54/439-399

Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének):

- a) neve:.....
- b) lakóhelye:.....
- c) telefonszáma:.....

Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma:.....

(Intézmény tölti ki)

- az elhelyezést az Szt.68/A.§-ának (3) bekezdése szerinti gondozási szükségletet megalapozó egyéb körülmények alapján kéri.

a) demencia kórkép legalább középsúlyos fokozata, amelyet az orvos szakértői szerv vagy a Pszichiátriai, illetve Neurológiai Szakkollégium által befogadott demencia centrum vagy pszichiáter, neurológus, geriáter szakorvos szakvéleményével igazoltak,

b) az ellátást igénylő egyedül él ,és

ba) nyolcvanadik életévét betöltötte, vagy

bb) hetvenedik életévét betöltötte és lakóhelye közműves vízellátás vagy közműves villamosenergia-ellátás nélküli ingatlan, vagy

bc) vakok személyi járadékában vagy hallási fogyatékosként fogyatékosági támogatásban részesül, amit, az ellátást megállapító jogerős határozat vagy az ellátást, folyósítását igazoló irat másolatával igazoltak, vagy

bd) a bc) pont szerinti eseten kívüli okból, fogyatékosági támogatásban részesül, és az orvos szakértői szerv, illetve jogelődje szakértői bizottságának szakvéleménye, szakhatósági állásfoglalása az önkiszolgálási képességének hiányát állapította meg, amit a szakhatósági állásfoglalás másolatával igazoltak,

be) I. rokkantsági csoportba tartozó rokkantsági nyugdíjban, baleseti rokkantsági nyugdíjban, illetve rokkantsági járadékban részesül, amit a nyugdíjat, járadékot megállapító jogerős határozat, vagy a kérelem benyújtását megelőző havi nyugdíj-folyósítási, járadékfolyósítási csekkszelvény vagy bankszámla kivonat másolatával igazoltak, vagy

bf) munkaképességét 100%-ban elvesztette, illetve legalább 80%-os mértékű egészségkárosodást szenvedett és az orvosszakértőiszerv, illetve jogelődje szakértői bizottságának szakvéleménye, szakhatósági állásfoglalása az önkiszolgálási képességének hiányát állapította meg, amit az érvényes és hatályos szakvélemény, szakhatósági állásfoglalás másolatával igazoltak.

Dátum:

Az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása

**KOMOTTHON Komádi Idősek Otthona és Gyermekélelmezési
Nonprofit Közhasznú Korlátolt Felelősségű Társaság**
„Komádi Idősek Otthona”
4138 Komádi, Hősök tere 10/2.
e-mail: komotthon@gmail.com
tel/fax.: 06-54/439-399
