Levelezési cím: Komárom – Esztergom Megyei

Integrált Szociális Intézmény

Szent Rita Fogyatékosok Otthona

2500 Esztergom, Dessewffy u. 22. e-mail:alapellatas.sztrita@invitel.hu

Házi segítségnyújtás / **Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás. Tel: (33)314 – 931**

**KÉRELEM**

**A személyes gondoskodást nyújtó szociális alapszolgáltatás igényléséhez**

( 9/ 1999. ( XI.24) SzCsM r.1.sz.melléklet)

Az ellátást igénybevevő adatai

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

Születési neve………………………………………………………………………………………

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

Születési helye, időpontja:…………………………………………………………………………

Lakóhelye:………………………………………………………………………………………....

Tartózkodási helye:………………………………………………………………………………..

Állampolgársága:…………………………………………………………………………………..

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

TAJ száma:…………………………………………………………………………………………

Tel:…………………………………………

Tartására köteles személy:

Neve:…………………………………………………………………………………………….

Születési neve:………………………………………………………………………………….

Születési hely, idő:………………………………………………………………………………

Lakóhelye:……………………………………………………………………………………….

Telefonszáma:…………………………………………………………………………………...

Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)

Neve:……………………………………………………………………………………………

Születési neve:…………………………………………………………………………………..

Szül.hely,idő:……………………………………………………………………………………

Lakóhelye:………………………………………………………………………………………

Telefonszáma:…………………………………………………………………………………...

**Egészségügyi állapotra vonatkozó igazolás**

**(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.

1.1 Önellátásra vonatkozó megállapítások:

Önellátásra képes  részben képes  segítséggel képes 

* 1. Szenved-e krónikus betegségben:
  2. Fogyatékosság típusa ( hallássérült, látássérült, mozgássérült, értelmi sérült)

és mértéke:

* 1. Rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e:
  2. Gyógyszer adagolásának ellenőrzése szükséges-e: igen nem
  3. Szenvedett-e fertőző betegségben 6 hónapon belül: igen nem
  4. Egyéb megjegyzések

2. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételére vonatkozóan igazolom, hogy

egészségügyi 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 egészségügyi állapotra vonatkozóan)

3.2. teljes diagnózis (részletes felsorolás, 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 betegségben szenved-e

3.8 fogyatékosságban szenved-e ( típusa, mértéke)

3.9 idősotthoni ellátás esetén demenciában szenved-e

* 1. yógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama ( pl. végleges, időleges stb)

valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre

4. A háziorvos ( kezelőorvos) egyéb megjegyzései:

Dátum:………………………

……………………………

P.H. Orvos aláírása

Milyen típusú ellátás igénybevételét kéri:

1. Alapszolgáltatás: Étkeztetés

Házi segítségnyújtás

Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás

**Étkeztetés esetén:**

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:…………………………..

Milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását:………………………

Az étkezés módja: helyben fogyasztja, elvitellel, kiszállítással

Diétás étkeztetés………………………………………..

**Házi segítségnyújtás esetén:**

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:…………………………

Milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását:……………………..

Milyen típusú segítséget igényel:segítség a napi munka ellátásában, bevásárlás

Gyógyszerbeszerzés, személyes gondoskodás, egyéb és pedig:

………………………………………………………………………………

**Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás esetén:**

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:………………………………

Dátum:………………………….

…………………………………………….

Az ellátást igénybevevő ( törvényes képviselő) aláírása