



**Bércs Idősek Otthona és  
Támogatott Lakhatás Heves Vármegye**

3346 Bélapátfalva, Petőfi Sándor u. 25.  
☎ 06/36/554-310 ☎ 06/36/354-137  
e-mail: [titkarsag@ifomi.hu](mailto:titkarsag@ifomi.hu), web: [www.ifomi.hu](http://www.ifomi.hu)

**Kérelem**

a Támogató Szolgálat szolgáltatásainak igénybevételéhez

**1. Az ellátást igénybe vevő adatai:**

Név: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési helye, időpontja: .....

Lakóhelye: .....

Tartózkodási helye: .....

Állampolgársága: .....

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

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: \_\_\_\_\_

**Törvényes képviselő**

neve: .....

lakóhelye: .....

telefonszáma: .....

**Legközelebbi hozzátartozója neve:**

lakóhelye: .....

telefonszáma: .....

Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma:

**2. Támogató szolgáltatás igénybevétele:**

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

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

Milyen típusú segítséget igényel (megfelelő aláhúzendő): .....

- szállító szolgáltatás
- személyi segítő szolgáltatás

Dátum:.....év.....hó.....nap

.....  
ellátást igénybe vevő (törvényes képviselője)

## 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: .....

**1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás, idősek nappali ellátása igénybevétele esetén**  
(házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás esetében az 1.1. pontot nem kell kitölteni):

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. gyógyszerszedés 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)*

## 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 nem minősül tényleges vállalásnak):**

**igen** – ebben az esetben a jövedelemnyilatkozat további részét és a „III.

Vagyonynyilatkozat” 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 állami foglalkoztatási szervek által folyósított ellátások:

Egyéb jövedelem:

**Összes jövedelem:**

**Kiskorú igénybe vevő esetén a családban élőkre vonatkozó (nettó) jövedelmi adatok:**

<b>A család létszáma:</b> ..... fő		Munka- viszonyból és más foglalkoztat ási jogviszony ból származó	Társas és egyéni vállalkozás ból, őstermelői, szellemi és más önálló tevékeny- ségből származó	Táppénz, gyermek- gondozási támogatáso k	Önkormányzat és állami foglalkoztatási szervek által folyósított ellátások	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások	Egyéb jöve- delem
<b>Az ellátást igénybe vevő kiskorú</b>							
<b>A közeli hozzátartozók neve, születési ideje</b>	<b>Rokoni kapcsolat</b>						
1)							
2)							
3)							
4)							
5)							
<b>ÖSSZESEN:</b>							

*(szükség esetén a táblázat sorai bővíthetők)*

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**