

# K é r e l e m

## házi segítségnyújtás igénybevételére

### 1. Az ellátást kérelmező adatai:

Név:.....

Születési név:.....

Anyja neve:.....

Születési helye, időpontja:.....

Lakóhelye:.....

Tartózkodási helye:.....

Telefonszáma:.....

Állampolgársága:.....

Bevándorolt, letelepedett vagy menekült, hontalan jogállása, szabad mozgás és tartózkodás joga:.....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:.....

### 2. Az ellátást kérelmező cselekvőképes-e:            **igen**            **nem**

Amennyiben nem cselekvőképes, úgy törvényes képviselőjének

a) neve:.....

b) születési neve:.....

c) lakóhelye:.....

d) tartózkodási helye:.....

e) telefonszáma:.....

### 3. Legközelebbi hozzátartozójának

a) neve:.....

b) születési neve:.....

c) lakóhelye:.....

d) tartózkodási helye:.....

e) telefonszáma:.....

**4. Az ellátás igénybevételére vonatkozó adatok:**

Mely időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását (hónap, nap): .....

**5. Más szolgáltatónál, intézménynél vesz-e igénybe étkeztést, egyéb szociális alapszolgáltatást:**

igen                      nem

Ha igen, annak megnevezése: .....

**6. Az ellátást kérelmező jogán ápolási díjban részesül-e hozzátartozó:**

igen                      nem

*Ha igen, szükséges a megállapító határozatot másolatban a kérelemhez csatolni.*

**7. Igényelt tevékenységek felsorolása:**

.....

.....

.....

**8. Az ellátást kérelmező tudomásul veszi, hogy a házi segítségnyújtás igénybevételéhez a gondozási szükséglet vizsgálata során be kell mutatni a gondozási szükséglet megítélését szolgáló, rendelkezésre álló leletek és szakvélemények másolatát.**

Dátum:.....

.....  
az ellátást kérelmező (törvényes képviselő) aláírása

**EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS**  
(a házi orvos, kezelőorvos tölti ki)

Név (születési név) \_\_\_\_\_

Születési hely, idő: \_\_\_\_\_

Lakóhely: \_\_\_\_\_

Társadalombiztosítási Azonosító Jel: \_\_\_\_\_

**1. Házi segítségnyújtás igénybevétele esetén:**

(az 1.1. pontot a 9/1999.(XI.24.)SzCsM rendelet alapján házi segítségnyújtás esetén nem kell kitölteni)

1.2. szenved- e krónikus betegségben: \_\_\_\_\_

1.3. fogyatékoság 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: \_\_\_\_\_

Dátum: \_\_\_\_\_

P.H.

\_\_\_\_\_  
orvos aláírása

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)