

**Szociális Szolgáltató Központ**

6114 Bugac Béke u.4.

Honlap: [www.bugac.hu](http://www.bugac.hu)

E-mail: [szocszolgkp@gmail.com](mailto:szocszolgkp@gmail.com)

Telefon: 06-76-372-512

70/453-7091

**Kérelem a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez**

(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: \_\_\_\_\_

Állampolgársága: \_\_\_\_\_

Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása: \_\_\_\_\_

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

Tartására köteles személy

a) neve: \_\_\_\_\_

b) lakóhelye: \_\_\_\_\_

Telefonszáma: \_\_\_\_\_

Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)

a) neve: \_\_\_\_\_

b) lakóhelye: \_\_\_\_\_

c) telefonszáma: \_\_\_\_\_

Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma: \_\_\_\_\_

**2. Milyen típusú ellátás igénybevételét kéri**

2.1. *alapszolgáltatás*

étkeztetés

házi segítségnyújtás

2.2. *nappali ellátás*

idősek nappali ellátása

**3. A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételére vonatkozó adatok:**

3.1. *Étkeztetés*

milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: \_\_\_\_\_

milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását: \_\_\_\_\_

### Szociális Szolgáltató Központ

6114 Bugac Béke u.4.

Honlap: [www.bugac.hu](http://www.bugac.hu)

E-mail: [szocszolgkp@gmail.com](mailto:szocszolgkp@gmail.com)

Telefon: 06-76-372-512

70/453-7091

az étkeztetés módja:

helyben fogyasztás

elvitellel

kiszállítással

#### 3.2. Házi segítségnyújtás

milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: \_\_\_\_\_

milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását: \_\_\_\_\_

milyen típusú segítséget igényel:

segítség a napi tevékenységek ellátásában

bevásárlás, gyógyszerbeszerzés

személyes gondozás

egyéb, éspedig: \_\_\_\_\_

#### 3.5. Nappali ellátás

milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:

étkeztetést igényel-e: igen (normál, diétás) nem

milyen gyakorisággal kéri az étkeztetést: \_\_\_\_\_

egyéb szolgáltatás igénylése: \_\_\_\_\_

Bugac, \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
az ellátást igénybe vevő vagy törvényes képviselő aláírása

**Szociális Szolgáltató Központ**

6114 Bugac Béke u.4.

Honlap: [www.bugac.hu](http://www.bugac.hu)

E-mail: [szocszolgkp@gmail.com](mailto:szocszolgkp@gmail.com)

Telefon: 06-76-372-512

70/453-7091

**EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS**

*(a házi orvos, kezelő orvos, 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:.....

.....

.....

.....

.....

**A házi orvos (kezelő orvos) egyéb megjegyzései:**

**Dátum:**

**Orvos aláírása:**

**P. H.**

*(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)''*

## Szociális Szolgáltató Központ

6114 Bugac Béke u.4.

Honlap: [www.bugac.hu](http://www.bugac.hu)

E-mail: [szocszolgkp@gmail.com](mailto:szocszolgkp@gmail.com)

Telefon: 06-76-372-512

70/453-7091

### JÖVEDELEMNYILATKOZAT

#### 1. 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 kitöltése nem minősül tényleges vállalásnak):

**igen** - ebben az esetben a jövedelemnyilatkozat további részét és a "III. Vagyonynyilatkozat" nyomtatványt nem kell kitölteni,

**nem**

#### 2. Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó jövedelmi adatok:

A jövedelem típusa	Nettó összege
Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó	
Társas és egyéni vállalkozásból, östermelői, szellemi és más önálló tevékenységből származó	
Táppénz, gyermekgondozási támogatások	
Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások	
Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások	
Egyéb jövedelem	
<b>Összes jövedelem</b>	

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