



BALASSAGYARMAT KISTÉRSÉG  
SZOCIÁLIS SZOLGÁLTATÓ KÖZPONT

Székhely: 2660 Balassagyarmat, Rákóczi fejedelem u. 12.

Postacím: 2660 Balassagyarmat, Rákóczi fejedelem u. 18/C.

Telefon: 06-35/301-904

bgykszoc@gmail.com

## Kérelem<sup>1</sup>

### szociális alapszolgáltatás igénybevételéhez

Kérelmező adatai:	
Név:	
Születési neve:	
Anyja neve:	
Születési helye, időpontja:	
Lakóhelye:	
Tartózkodási helye:	
Állampolgársága: .....	Jogállása: bevándorolt / letelepedett / menekült
Cselekvőképesség mértéke:	cselekvőképes / 18 év alatti / korlátozó gondnokság / kizáró gondnokság
Személyi igazolvány száma:	
TAJ száma:	
Közgyógyellátási igazolvány száma:	
Telefonszáma:	
Háziorvos neve:	tel.:
Legközelebbi hozzátartozójának:	
neve:	
lakóhelye:	
telefonszáma:	
Törvényes képviselőjének:	
neve:	
születési neve:	
lakó, tartózkodási helye:	
telefonszáma / e-mail címe:	
jogcíme:	
Az ellátást igénybe vevő egyedül élő?	<b>igen</b> <b>nem</b>
Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma:	..... <b>fő</b>
Az ellátást igénybe vevő tartási vagy öröklési szerződést kötött-e?	<b>igen</b> <b>nem</b>

#### Milyen típusú ellátás igénybevételét kéri:

Közösségi ellátás pszichiátriai betegek részére

Közösségi ellátás szenvedélybetegek részére

Támogató szolgáltatás

Házi segítségnyújtás

Alulírott kérelmező hozzájárulok az adataim rögzítéséhez, azok nyilvántartásához. A közölt adatok a valóságnak megfelelnek, a személyi adatok a személyi okmányokban bejegyzett adatokkal megegyeznek.

Kelt: ....., 20.....

.....  
Az ellátást kérelmező / törvényes képviselő  
aláírása

#### <sup>1</sup> Csatolandó dokumentumok:

Támogató szolgáltatás esetén: 1. fogyatékosági támogatás, vakok személyi járadéka, magasabb összegű családi pótlék megállapítását, illetve folyósítását igazoló határozat vagy más okirat, ill. az ellátás megállapításának alapjául szolgáló, a fogyatékoság fennállását igazoló szakvélemény. 2. Jövedelem igazolás. 3. TAJ kártya másolata.

Házi segítségnyújtás esetén: 1. Orvosi, szakorvosi iratok (Kórházi zárójelentés(ek), Ambuláns lap, stb.) eü.-i állapot igazolásához. 2. Jövedelem igazolás. 3. TAJ kártya másolata. 4. SZIG. másolat életkor igazolásához.



BALASSAGYARMAT KISTÉRSÉG  
SZOCIÁLIS SZOLGÁLTATÓ KÖZPONT

Székhely: 2660 Balassagyarmat, Rákóczi fejedelem u. 12.

Postacím: 2660 Balassagyarmat, Rákóczi fejedelem u. 18/C.

Telefon: 06-35/301-904

bgykszoc@gmail.com

1. számú melléklet a 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelethez

I.

**EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS**

(a háziorvos, kezelőorvos, vagy kórházi kezelés esetén a kórházi osztályos orvos tölti ki)

Név (születési név): .....

Születési hely, idő: .....

Lakóhely:.....

Társadalombiztosítási Azonosító Jel: .....

<b>1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás, idősek nappali ellátása igénybevétele esetén:</b>
1.1. krónikus betegségek (kérjük, sorolja fel):
1.2. fertőző betegségek (kérjük, sorolja fel):
1.3. fogyatékoság típusa: <input type="checkbox"/> hallássérült <input type="checkbox"/> látássérült <input type="checkbox"/> mozgássérült <input type="checkbox"/> értelmi sérült <input type="checkbox"/> egyéb fogyatékoság: ..... és mértéke: .....
1.4. egyéb megjegyzések, pl. speciális diéta szükségessége:
<b>2. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételére vonatkozóan igazolom, hogy egészségi állapota alapján a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás biztosítása</b> <b>indokolt <input type="checkbox"/> nem indokolt <input type="checkbox"/></b>
<b>3. Átmeneti elhelyezés (az éjjeli menedékhely kivételével), ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmények, lakóotthon esetén:</b>
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. gyógyszeresedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre:
<b>4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:</b>
<b>Dátum:</b> <b>Orvos aláírása:</b> <b>P. H.</b>

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)



BALASSAGYARMAT KISTÉRSÉG  
SZOCIÁLIS SZOLGÁLTATÓ KÖZPONT

Székhely: 2660 Balassagyarmat, Rákóczi fejedelem u. 12.

Postacím: 2660 Balassagyarmat, Rákóczi fejedelem u. 18/C.

Telefon: 06-35/301-904

bgykszoc@gmail.com

1. számú melléklet a 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelethez

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 kitöltése nem minősül tényleges vállalásnak):

**igen** ebben az esetben a jövedelemnyilatkozat további részét 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	
<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 a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához.

....., 20 \_\_\_\_ . év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
Az ellátást igénybe vevő / törvényes képviselő aláírása



BALASSAGYARMAT KISTÉRSÉG  
SZOCIÁLIS SZOLGÁLTATÓ KÖZPONT

Székhely: 2660 Balassagyarmat, Rákóczi fejedelem u. 12.

Postacím: 2660 Balassagyarmat, Rákóczi fejedelem u. 18/C.

Telefon: 06-35/301-904

bgykszoc@gmail.com

1. számú melléklet a 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelethez

**Kiskorú igénybe vevő esetén**

a családban élőkre vonatkozó (nettó) jövedelmi adatok:

A család létszáma: ..... fő		Munka- viszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, szellemi és más önálló tevékenység- ből származó	Táppénz, gyermek- gondozási támogatás- ok	Önkormány- zat és állami foglalkoztat- ási szervek által folyósított ellátások	Nyugellát- ás és egyéb nyugdíj- szerű rendszeres szociális ellátások	Egyéb jöved- elem
Az ellátást igénybe vevő kiskorú							
A közeli hozzátartozók neve, születési ideje	Rokoni kapcsolat						
1)							
2)							
3)							
4)							
5)							
6)							
7)							
8)							
ÖSSZESEN:							

**MINDÖSSZESEN:**

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 a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához.

....., 20\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_ nap

Az ellátást igénybe vevő / törvényes képviselő aláírása