

1. számú melléklet a 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelethez¹

I.²

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 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: |
| 2. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételére vonatkozóan igazolom, hogy egészségi állapota alapján a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás biztosítása |
| indokolt <input type="checkbox"/> nem indokolt <input type="checkbox"/> |
| 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: |

1 Megállapította: 27/2010. (XII. 30.) NEFMI rendelet 10. § (1), 1. melléklet. Hatályos: 2011. I. 1-től.

2 Megállapította: 1/2017. (II. 14.) EMMI rendelet 27. §, 6. melléklet. Hatályos: 2017. II. 17-től.

| | | |
|---|-----------------|-------|
| 3.10. gyógyszeresedés 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.³ 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 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:

| A család létszáma: fő | | Munka- viszonyból és más foglalkoztató si jogviszonyb ól származó | Társas és egyéni vállalkozásb ól, őstermelői, szellemi és más önálló tevékeny- ségből származó | Táppénz, gyermek- gondozási támogatások | Önkormány- zat és állami foglalkoztató si szervek által folyósított ellátások | Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások | Egy- éb jöve- - dele- m |
|---|------------------|--|---|--|--|---|--|
| Az ellátást igénybe vevő kiskorú | | | | | | | |
| A közeli hozzátartozók neve, születési ideje | Rokoni kapcsolat | | | | | | |
| 1) | | | | | | | |
| 2) | | | | | | | |
| 3) | | | | | | | |
| 4) | | | | | | | |
| 5) | | | | | | | |
| ÖSSZESEN: | | | | | | | |

(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**

----->>----->>-----<<-----<<-----