



Intézményi Tájékoztató

Tisztelettel köszöntjük Önt

A Hotel Béda Időskorúak Otthona a Duna Dráva Nemzeti Parkban található, több mint 15.000 m² területen, Kölked település közigazgatási külterületén. (7717, Kölked Felsőbéda dűlő 407)

Az intézmény immár 20 éve működik, az alapításkor megfogalmazott célunk – ami a mai napig változatlan: **minőségi gondoskodás és szeretetteljes gondozás.**

Teljes körű ellátást biztosítunk lakóink részére: lakhatás, naponta teljes körű étkezés, (4, illetve 5 alkalommal) szükség esetén, orvosi javaslatra diéta, szociális és egészségügyi ellátás, gondozás, mentális foglalkoztatás, 24 órás felügyelet a vonatkozó törvények, rendelet szerint: szakképzett személyzettel.

Elhelyezés 1 - 2 – 3 ágyas apartmanokban saját fürdőszobával, mini konyhával, a földszinti apartmanok esetében több saját terasszal.

2026.04.01.-től Belépési hozzájárulással 1 ágyas apartmanos elhelyezés lehetséges 13 apartman esetében. A fenntartó határozata alapján a belépési hozzájárulás összege a Hotel Béda Nonprofit Kft által meghatározottak szerint a Kölked Felsőbéda dűlő 0407/3-5 szám alatti Hotel Béda Idősek Otthonában. 1 ágyas apartman, 4 500 000 Ft azaz négymillió ötszázezer forint, melynek befizetés módja: **átutalás beköltözés előtt.**

A meghatározott férőhelyek betöltése esetén az ellátott az ellátás igénybevételére irányuló megállapodás aláírásával az intézmény bankszámlájára történő utalással belépési hozzájárulás megfizetésére vállal kötelezettséget, amely pénzösszeg megfizetésének hitelt érdemlő módon történő igazolása az intézmény bentlakásos szolgáltatása igénybevételének feltétele. A belépési hozzájárulás kezelése a **Szociális Törvény 117/C § 1-6. bekezdése alapján történik.**

A Szociális törvény 119/A. (2) bekezdésre hivatkozva, a jogszabályban előírt feltételeket meghaladó ellátotti igény felmerülhet, melynek költségeit, a befizetett összegből, maximálisan 500 000 Ft értékben felújításra és berendezésre fordítjuk.

Intézetünkbe behozható a saját bútorzat is (amihez a gondozásra szoruló hozzászokott) de természetesen biztosítani is tudjuk a berendezési tárgyakat.

Bekerülés feltételei:

Kérelemcsomag kitöltése, és visszajuttatása az intézményvezetőnek, melyet az igénybe vevőnek is alá kell írnia. *(Kérelem: ahol a kérelmező az öregségi nyugdíjkorhatárt betöltött személy, aki önmagát ellátásra nem, vagy csak folyamatos segítséggel képes, de rendszeres fekvőbeteg gyógyintézeti kezelést nem igényel.)* Olyan betegség, vagy állapot esetén, amikor a



beköltözni szándékozó személy aláírásra képtelen: orvosi igazolás arról, hogy a személy aláírásra képtelen.

Orvos által kitöltött **Egészségügyi nyilatkozat, Értékelő adatlap!**

Legfrissebb zárójelentések másolata, amennyiben van demencia szakvélemény, annak másolatát is kérjük.

Kérelemcsomagban fénymásolatot kérünk a személyes okmányokról (személyigazolvány, lakcímkártya, TAJ kártya, Születési anyakönyvi kivonat, közgyógyellátási igazolvány, fogyatékosági támogatás határozat másolata - ha rendelkezik ilyennel).

Jövedelemnyilatkozat: A jövedelemnyilatkozatban szereplő jövedelmekről a jövedelem típusának megfelelő iratot vagy annak másolatát kell a kérelemhez mellékelni.

Vagyonynyilatkozat: *(Önkéntes fizetés esetén kitöltése nem szükséges)*

Nyilatkozatok: Nyilatkozat az adatkezeléshez

Nyilatkozat a temetés módjáról (Hamvasztás, Koporsós)

Nyilatkozat a térítési díj fizetéséhez: A kérelem adatlapban foglalt jövedelemnyilatkozat „igen” rovat kitöltése alapján.

1. az 1993.évi III.törvény 117/B§ (1) bekezdése szerint a mindenkor i intézményi térítési díjjal azonos személyi térítési díj összegét, valamint a testközeli gyógyászati segédeszköz és gyógyszerköltség, költőpénz összegének megfizetését a megjelölt hozzátartozó vállalja.
2. az 1993.évi III.törvény 117/B§ (2) bekezdése alapján a megállapított személyi térítési díj összegét elsősorban jövedelmemből fizetem meg. A fennmaradó intézményi térítési díj és személyi térítési díj különbözetét, valamint a testközeli gyógyászati segédeszköz és gyógyszerköltség, költőpénz összegének megfizetését a megjelölt hozzátartozó vállalja.
3. az 1993.évi III.törvény 117/B§ (1) bekezdése szerint a mindenkor i intézményi térítési díjjal azonos személyi térítési díj összegét, valamint a testközeli gyógyászati segédeszköz és gyógyszerköltség, költőpénz összegének megfizetését saját jövedelemem terhére vállalom.

A Benyújtott dokumentumokat kérjük, szíveskedjenek hiánytalanul kitölteni, szükséges mellékletekkel együtt, a Jelentkező sajátkezű aláírásával ellátva, dátummal ellátva, Intézményünkbe beadni.

- ❖ Ha az ellátást igénylő személy cselekvőképtelen, a kérelmét – az érintett személy véleményét lehetőség szerint figyelembe véve – a törvényes képviselője terjeszti elő.
- ❖ A korlátozottan cselekvőképes személy kérelmét a törvényes képviselője beleegyezésével, vagy ha e tekintetben bíróság nem korlátozta – önállóan terjesztheti elő.
- ❖ Gondnokolt jelentkező esetén a kirendelő határozat másolatát is be kell nyújtani. Gondnokolt esetén a gondnok aláírása is szükséges.



A hozzánk visszajuttatott kérelemcsomagot nyilvántartásba vesszük, és rövid időn belül előgondozást végzünk, ami azt jelenti, hogy személyesen felkeressük a jelentkezőt az otthonában, és tájékozódunk a szociális, és egészségügyi állapotáról.

Intézményi felvétel feltétele a napi 4 órás gondozási szükséglet, melyet részben a házi orvos igazol.

Felvételt kizáró ok: Pszichiátriai jellegű betegség.

Intézményünk egyedi esetben gondozási szükséglet nélküli ellátást is biztosít a jogszabály által meghatározott feltételek esetén.

Bekerülési értesítés esetén: Szükséges a negatív tüdő lelet, hogy nem szenved fertőző megbetegedésben az ápolásra szoruló személy, vagyis, hogy közösségbe mehet.

- **Covid-oltási igazolvány másolata, ha van**

Térítési díjak

Gondozási szükséglet nélküli ellátás: 9 200 Ft/nap (+ azok a gyógyszerek melyek nincsenek, benne abban a listában melyet az intézménynek kell biztosítani, és pelenka költség)

Átmeneti ellátás: 8 210 Ft /nap (+ azok a gyógyszerek melyek nincsenek, benne abban a listában melyet az intézménynek kell biztosítani, és pelenka költség)

Tartós bentlakásos ellátás: 8 210 Ft/nap (+ azok a gyógyszerek melyek nincsenek, benne abban a listában melyet az intézménynek kell biztosítani, és pelenka költség)

A törvény által meghatározott kötelező költőpénz, melyet folyamatosan a gondozottunk elkülönített pénztári számláján tartunk nyilván: 5.700 Ft (Végleges ellátás esetén)

Bízunk benne, hogy a bekerüléssel kapcsolatos minden olyan témáról tájékoztattuk, mely alapján sikerül Önnek eldöntenie, hogy minket választ!

Amennyiben bármely témában kérdése van, keressen bennünket a kapcsolat@hotelbeda.hu E- mail címen, vagy hívja munkaidőben a 06 20 563 3525 telefonszámon az intézményvezetőnket!

Hotel Béda Idősek Lakóotthona Nonprofit Kft

Tájékoztató a nyilatkozatok kitöltéséhez

Az alábbi nyilatkozatok a személyi térítési díj, valamint az azzal kapcsolatos költségek megfizetésének vállalásáról szólnak. Kérjük, a saját élethelyzetének megfelelő nyilatkozatot töltsse ki:

NYILATKOZAT (1)

Akkor töltendő ki, ha a kérelmező hozzátartozója vállalja a teljes intézményi térítési díj, a gyógyászati segédeszközök, gyógyszerek és a költőpénz megfizetését.

Kitölti: a kérelmező és a hozzátartozó.

NYILATKOZAT (2)

Akkor töltendő ki, ha a kérelmező részben képes fizetni a személyi térítési díjat, és a fennmaradó összeget a hozzátartozó vállalja (pl. kiegészítésként).

Kitölti: a kérelmező és a hozzátartozó.

NYILATKOZAT (3)

Akkor töltendő ki, ha a kérelmező maga vállalja a teljes térítési díj és kapcsolódó költségek (pl. gyógyszerek, segédeszközök, költőpénz) megfizetését.

Kitölti: csak a kérelmező.

Kérjük, minden esetben csak azt a nyilatkozatot töltsse ki, amely megfelel az Ön és hozzátartozója fizetési vállalásának módjának. A dokumentumok aláírása a térítési díjról szóló megállapodás feltétele.

Adatkezelési nyilatkozat

Minden kérelmező számára kötelező a személyes adatok kezeléséhez való hozzájárulásról nyilatkozni.

Adatszolgáltatási nyilatkozat

A kérelmező hozzátartozója tölti ki annak igazolására, hogy a benyújtott dokumentumok a valóságnak megfelelnek, és a kérelmezőnek nincs eltitkolt szenvedélybetegsége.

Kérjük, minden esetben csak azt a nyilatkozatot töltsse ki, amely megfelel az Ön és hozzátartozója fizetési vállalásának módjának. A dokumentumok aláírása a térítési díjról szóló megállapodás feltétele.

NYILATKOZAT ADATKEZELÉSHEZ

Alulírott.....(név)

.....(szám)

alatti lakos kijelentem, hogy az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény által biztosított adatkezeléshez történő hozzájárulási jogomról, valamint a szolgáltatás igénybevételével járó adatnyilvántartási kötelezettségről tájékoztatásban részesültem.

Aláírással, **önkéntesen hozzájárulok / nem járulok hozzá**, hogy a Hotel Béda Idősek Lakóotthona Nonprofit Kft a személyes adataimról a nyilvántartást vezesse, hivatalos megkeresés esetén azokról adatot szolgáltatson, az együttműködés során tudomására jutott különleges adataimat a mindenkor hatályos jogszabályokban előírtak szerint kezelje.

Kölked,év.....hó.....nap

Kérelmező aláírása

NYILATKOZAT (1)

Idősek Otthoni / Átmeneti Idősek Otthoni elhelyezést kérelmező:

Név:

Születéskori neve:

Születési hely, idő:

Anyja neve:

Lakcíme:

lakos, nyilatkozom arról, hogy az idősek otthoni/Átmeneti Otthoni elhelyezésemhez benyújtott, a kérelem adatlapban foglalt jövedelemnyilatkozat „igen” rovat kitöltése alapján az 1993. évi III. törvény 117/B. § (1) bekezdése szerint a mindenkori intézményi térítési díjjal azonos személyi térítési díj összegét, valamint a testközeli gyógyászati segédeszköz és a gyógyszerköltség, költőpénz összegének megfizetését

Név:

Születéskori név:

Születési hely, idő:

Anyja neve:

.....szám alatti lakos hozzátartozóm vállalja.

Dátum:

Kérelmező aláírása

Idősek Otthoni elhelyezést kérelmező hozzátartozóm fenti nyilatkozatát tudomásul veszem, azzal egyetértek. A fentiek alapján az intézményben történő szerződés megkötésekor az intézményi térítési díjról szóló megállapodás megkötését év (legfeljebb három év időtartamra vállalom).

Dátum:

Kérelmező által megjelölt személy aláírása

1993. évi III. törvény a Szociális igazgatásról és szociális ellátásokról: 117/B. § (1) az ellátott személy vagy a térítési díjat megfizető más személy, írásban vállalja a mindenkori intézményi térítési díjjal azonos személyi térítési díj megfizetését. Ebben az esetben a Szt. 116§ (1) és (3). 117/A § (1) és (2) bekezdésben foglaltakat nem kell alkalmazni.

Nem kell elvégezni a 119/C § szerinti jövedelemvizsgálatot, ugyanakkor ebből előnye nem származhat.

NYILATKOZAT (2)

Idősek Otthoni /Átmeneti Otthoni elhelyezést kérelmező

Név:

Születéskori neve:

Születési hely, idő:

Anyja neve:

Lakcíme:

nyilatkozom arról, hogy az idősek otthoni/ Átmeneti otthoni elhelyezésemhez benyújtott, a kérelem adatlapban foglalt jövedelemnyilatkozat „igen” rovat kitöltése alapján az 1993. évi III. törvény 117/B. § (2) bekezdése alapján, a megállapított személyi térítési díj összegét elsősorban jövedelememből fizetem meg. A fennmaradó intézményi térítési díj és a személyi térítési díj különbözetét, valamint a testközei gyógyászati segédeszköz és a havi gyógyszerköltség, költőpénz összegét az alábbi nyilatkozat alapján vállalom

Név:

Születéskori név:

Születési hely, idő:

Anyja neve:

.....szám alatti lakos vállalja.

Dátum:

Kérelmező aláírása

Illetve hozzátartozóm

Név:

Születéskori név:

Születési hely, idő:

Anyja neve:

.....szám alatti lakos vállalja.

Idősek Otthoni/ Átmeneti Otthoni elhelyezést kérelmező hozzátartozóm fenti nyilatkozatát tudomásul veszem, és egyetértek vele, a fentiek alapján az intézményben történő szerződés megkötésekor a személyi térítési díj különbözet megfizetését vállalom. A fentiek alapján az intézményben történő szerződés megkötésekor az intézményi térítési díjról szóló megállapodás megkötését év (legfeljebb három év időtartamra vállalom).

Dátum:

Kérelmező által megjelölt személy aláírása

Az 1993. évi III. törvény a Szociális igazgatásról és szociális ellátásokról: 117/B. § (2) az ellátott személy vagy a térítési díjat megfizető más személy, írásban vállalhatja a mindenkor intézményi térítési díj és a számára megállapítható személyi térítési díj különbözete egy részének megfizetését. Ebben az esetben a 116§ (1) és (3). 117§, 117/A §(1) és (2) bekezdésében foglaltakat nem kell alkalmazni. Ugyanakkor ebből előny nem származhat.

NYILATKOZAT (3)

Idősek Otthoni / Átmeneti Otthoni elhelyezést kérelmező:

Neve:

Születéskori neve:

Születési hely, idő:

Anyja neve:

Dátum:

lakos nyilatkozom arról, hogy az idősek otthoni elhelyezésemhez benyújtott, a kérelem adatlapban foglalt jövedelemnyilatkozat „igen” rovat kitöltése alapján az 1993. évi III. törvény 117/B. § (1) bekezdése szerint a mindenkori intézményi térítési díjjal azonos személyi térítési díj összegét, valamint a testközelű gyógyászati segédeszköz és a gyógyszerköltség, költőpénz összegének megfizetését

Név:

Születéskori név:

Születési hely, idő:

Anyja neve:

.....szám alatti lakos vállalom.

A fentiek alapján az intézményben történő szerződés megkötésekor az intézményi térítési díjról szóló megállapodás megkötését év (legfeljebb három év időtartamra vállalom).

Dátum:

Kérelmező aláírása

1993. évi III. törvény a Szociális igazgatásról és szociális ellátásokról: 117/B. § (1) az ellátott személy vagy a térítési díjat megfizető más személy, írásban vállalja a mindenkori intézményi térítési díjjal azonos személyi térítési díj megfizetését. Ebben az esetben a Szt. 116§ (1) és (3). 117/A § (1) és (2) bekezdésben foglaltakat nem kell alkalmazni. Nem kell elvégezni a 119/C § szerinti jövedelemvizsgálatot, ugyanakkor ebből előnye nem származhat.

ADATSZOLGÁLTATÁSI NYILATKOZAT

Kérelmező:.....

(cím).....

Hozzá tartozó:.....

(cím).....

Fentnevezett hozzátartozó nyilatkozom arról, hogy a kérelmező idősotthoni elhelyezéséhez benyújtott kérelemcsomagban a valóságnak megfelelő személyes adatok lettek megadva, minden egészségi állapotot igazoló iratot az intézmény részére átadtam, eltitkolt szenvedélybetegsége a kérelmezőnek nincs.

Dátum:_____

Kérelmező/ törvényes képviselő aláírása



3. számú melléklet a 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelethez

Értékelő adatlap

Név:.....

Születési hely, idő:.....

Lakcím:.....

Törvényes képviselőjének neve, elérhetősége:.....

Mérőtábla

Tevékenység, funkció	Értékeljen 0-4 pont között (a pontérték a szükséges segítség mértékével emelkedik)	Intézményvezető	Háziorvos
Térbeli-időbeni tájékozódás	0: mindig, mindenkor térben, időben, személyeket illetően tájékozott 1: esetenként segítségre, tájékoztatásra szorul 2: részleges segítségre, tájékoztatásra szorul 3: gyakran tájékozatlan 4: térben-időben tájékozatlan	X	
Helyzetnek megfelelő viselkedés	0: mindig, mindenkor a helyzetnek megfelelően viselkedik 1: esetenként bonyolultabb helyzetekben segítségre szorul 2: gyakran az adott helyzetnek nem megfelelően viselkedik 3: nem megfelelő viselkedése gyakran kellemetlenséget okoz, reakciója nem kiszámítható - viselkedési kockázat 4: nem képes az adott helyzetnek megfelelően viselkedni	X	
Étkezés	0: önmagát kiszolgálja, önállóan étkezik 1: felszolgálatot igényel, de önállóan étkezik 2: felszolgálatot és evőeszköz tisztításához segítséget igényel 3: felszolgálás és elfogyasztáshoz részbeni segítséget igényel 4: teljes segítséget igényel az étel elfogyasztásához		X
Öltözködés	0: nem igényel segítséget 1: önállóan végzi, de a megfelelő ruhaneműk kiválasztásához segítséget igényel 2: egyes ruhadarabok felvételében igényel segítséget 3: jelentős segítséget igényel az öltözködésben, megfelelő öltözet kiválasztásában 4: öltöztetés, vetkőzés minden szakaszában segítségre szorul		X



Tisztálkodás (személyi higiéné biztosítása)	0: szükségleteit felmérve önállóan végzi 1: szükségleteit felismeri, bizonyos feladatokhoz segítséget igényel 2: szükségleteit felismeri, tisztálkodni csak segítséggel tud 3: részlegesen ismeri fel szükségleteit, segítséget igényel 4: nem ismeri fel szükségleteit, tisztálkodni önállóan nem képes		X
WC használat	0: önálló WC használatban, öltözködésben, higiénés feladatait ellátja 1: önállóan használja WC-t, de öltözködésben, illetve higiénés feladatokban ellenőrizni kell 2: önállóan használja WC-t, de öltözködésben, illetve higiénés feladatokban segíteni kell 3: segítséget igényel WC használatban, öltözködésben, higiénés feladatok elvégzéséhez 4: segítséggel sem képes WC használatra, öltözködésre, higiénés feladatok elvégzésére		X
Kontinencia	0: vizeletét, székletét tartani képes 1: önállóan pelenkát cserél, elvégzi a higiénés feladatait 2: pelenka cserében, öltözködésben, illetve higiénés feladatokban alkalmanként segítséget igényel 3: rendszeres segítséget igényel pelenka cserében, öltözködésben, higiénés feladatok elvégzésében 4: inkontinens, teljes ellátásra szorul		X
Kommunikáció Képes-e megfogalmazni, elmondani a panaszát, megérti-e, amit mondanak neki	0: kifejezőkészsége, beszédértése jó 1: Kommunikációban időszakosan segítségre szorul 2: beszédértése, érthetősége megromlott 3: kommunikációra csak segédeszközzel vagy csak metakommunikációra képes 4: kommunikációra nem képes		X
Terápiakövetés Rábízható-e az előírt gyógyszerek adagolása, szedése	0: az orvos utasításait, előírt gyógyszeres terápiát betartja 1: gyógyszerelésben segítséget igényel, utasításokat betartja 2: elrendelt terápiát tartja, segítséggel tudja tartani az utasításokat 3: elrendelt terápiát, utasításokat ellenőrzés mellett tartja 4: gyógyszer bevétele csak gondozói ellenőrzéssel	X	



Helyzetváltoztatás	0: önállóan 1: önállóan, segédeszköz használatával 2: esetenként segítséggel 3: gyakran segítséggel 4: nem képes		X
--------------------	---	--	----------

Helyváltoztatás	0: önállóan 1: segédeszköz önálló használatával 2: segédeszköz használatával, segítséget esetenként igényel 3: segédeszköz használatával, gyakran csak segítséggel 4: nem képes		X
Életvezetési képesség (felügyelet igénye)	0: önállóan 1: esetenkénti tanácsadás, részfeladatra betanítható 2: személyes szükségletei ellátásában segítségre szorul 3: személyes szükségletei ellátásában gyakran vagy rendszeresen segítségre szorul, belátási képessége hiányzik 4: állandó 24 órás felügyelet	X	
Látás	0: jól lát, szemüveg használata nélkül 1: jól lát, szemüveg használatával 2: szemüveg használatára szorul, de elutasítja azt 3: szemüveg használatával sem kielégítő a látása (pl. hályog, érbetegség) 4: nem lát		X
Hallás	0: jól hall, átlagos hangerő mellett 1: átlagos hangerő mellett időnként hallásproblémái vannak 2: hallókészülék használatára szorul 3: van hallókészüléke, de nem képes használni vagy elutasítja 4: nem hall		X
Fokozat	Intézményvezető és az orvos által adott összes pontszám		



Értékelés

Fokozat	Értékelés	Pontszám	Jellemzők
0.	Tevékenységeit elvégzi	0-19	Az egyén a vizsgált tevékenységeket el tudja végezni. A szolgáltatás a szociális és egészségi állapot szinten tartására korlátozódik.
I.	Egyes tevékenységekben segítségre szoruló	20-34	Az egyén egyes tevékenységekben hetente többször segítségre szorul vagy figyelmet, irányítást igényel.
II.	Részleges segítségre szoruló	35-39	Az egyén bizonyos tevékenységek elvégzésében napi rendszeres segítségre szorul vagy napi szintű kontrollt igényel.
III.	Teljes ellátásra szoruló	40-56	Az egyén teljes ellátásra, folyamatos gondozásra, ápolásra szorul, intenzív odafigyelést és gyakori beavatkozást igényel.

A gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól szóló 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet 4. § (1) bekezdés pontja/alpontja szerinti egyéb körülmények állnak fenn.

A vizsgálat eredménye alapján:

-szociális segítség a gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól szóló 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet 3/A. § (1) bekezdés *b)* pont alpontja szerinti egyéb körülmény alapján

-személyi gondozás

-idősothtoni elhelyezés nyújtható

Dátum: _____

Intézményvezető/Szakértő

Orvos

A gondozási szükséglet felülvizsgálatát az intézmény fenntartójától lehet kérni.



Felülvizsgálat

A gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól szóló 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet 4. § (1) bekezdés pontja/alpontja szerinti egyéb körülmények állnak fenn.

A vizsgálat eredménye alapján:

-szociális segítség a gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól szóló 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet 3/A. § (1) bekezdés *b)* pont alpontja szerinti egyéb körülmény alapján

- személyi gondozás
- időotthoni elhelyezés nyújtható.

Dátum: _____

Fenntartó képviselője

Orvos



Kérelem a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez

Az ellátást igénybe vevő személyes adatai:

Név:.....
Születési név:.....
Anyja neve:.....
Születési helye, időpontja:.....
Lakóhelye:.....
Tartózkodási helye:.....
Ténylegesen tartózkodik:.....
Állampolgársága:.....
TAJ száma:.....Nyugdíjas törzsszáma:.....
Személyi igazolvány száma:.....Adóazonosító jele:.....

Legközelebbi hozzátartozói:

1. a) Név:.....
b) Lakóhelye:.....
c) Telefonszáma:.....
d) Kapcsolata a kérelmezőhöz:.....
2. a) Név:.....
b) Lakóhelye:.....
c) Telefonszáma:.....
d) Kapcsolata a kérelmezőhöz:.....

Törvényes képviselője:

a) Név:.....
b) Elérhetőségi helye:.....
c) Telefonszáma, e-mail címe:.....

A gondok típusa:.....
Bíróági ítélet száma:..... Gondnok kirendelő hat. száma:.....
A gondnok hatálya:.....

Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma:.....

Férőhelyigény:

Egyágyas szoba: ☐ Kétágyas szoba: ☐ Háromágyas szoba: ☐

Négyágyas szoba (demens részlegbe): ☐

Dátum: _____

Kérelmező/ törvényes képviselő aláírása



I. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

(a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)

Név (születési név):.....

Születési hely, idő:.....

Lakóhely:.....

Társadalombiztosítási azonosító jel:.....

1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás és nappali ellátás (idős, fogyatékos, demens személyek részére) igénybevétele esetén (házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás esetében az 1.1. pontot nem kell kitölteni):

- 1.1. Önellátásra vonatkozó megállapítások:

önellátásra képes ☐ részben képes ☐ segítséggel képes ☐

- 1.2. Szenved-e krónikus betegségben:.....

- 1.3. Fogyatékosság típusa (hallássérült, látássérült, mozgássérült, értelmi sérült) és mértéke:

.....

- 1.4. Rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e:.....

- 1.5. Gyógyszerek adagolásának ellenőrzése szükséges: ☐

- 1.6. Szenvedett fertőző betegségben 6 hónapon belül: ☐

- 1.7. Egyéb megjegyzések:.....

.....

2. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybe vételére vonatkozóan igazolom, hogy egészségi állapota alapján a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás biztosítása.

indokolt ☐ nem indokolt ☐

3. Átmeneti elhelyezést (az éjjeli menedékhely kivételével), ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmények, lakóotthon esetén

- 3.1. Eset történet (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 diétára szorul-e:.....

3.6. Szenvedélybetegségben szenved-e:.....

3.7. Pszichiátriai megbetegedésben szenved-e:.....

3.8. Fogytékosságban szenved-e (típusa, mértéke):.....

3.9. Idősoththoni ellátás esetén demenciában szenved-e:.....

3.10. Gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre:.....

.....

.....

.....

4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:

.....

.....

.....

.....

Dátum: _____

Orvos aláírása

P.H.



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 megadni, 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 vállalta-e (a rovat kitöltése nem minősül tényleges vállalásnak):

☐ Igen — ebben az esetben a további részét és a III. Vagyonynyilatkozat nyomtatványt nem kell kitölteni.

☐ Nem.

Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó jövedelmi adatok

Jövedelem típusa:.....

Nettó összeg:.....Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból

származó:.....Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi

és más önálló tevékenységből származó:.....Alkalmi munkavégzésből,

egyszerűsített foglalkoztatásból származó:.....

Táppénz, gyermekgondozási támogatások:.....

Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások:.....

Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások:.....

Egyéb jövedelem:.....

Összes jövedelem:.....

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.

Dátum:

Kérelmező/ törvényes képviselő aláírása



III. VAGYONNYILATKOZAT

(tartós bentlakásos intézményi ellátás kérelmezése esetén kell kitölteni)

1. A nyilatkozóra 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)

2. A nyilatkozó vagyona

2.1. A nyilatkozó rendelkezésére álló készpénz összege:.....Ft

2.2. Bankszámlán/fizetési számlán rendelkezésre álló összeg ideértve a bankszámlán/fizetési számlán lekötött betéteket és a betétszerződés alapján rendelkezésre álló összeget is:.....Ft

Számlavezető pénzintézet neve:.....

2.3. Takarékbetét alapján rendelkezésre álló összeg:.....Ft

A betétszámlát vezető pénzintézet neve, címe:.....

Rehabilitációs intézmény és rehabilitációs célú lakóotthon esetén a „3. Ingatlanvagyon” pontot nem kell kitölteni!

3. Ingatlanvagyon

3.1. Lakástulajdon és lakótelek-tulajdon címe:.....város/község,

.....út/utca,hsz., lakás alapterülete:.....m²,

telek alapterülete:.....m², helyrajzi szám:.....,

tulajdoni hányad:....., a szerzés ideje:.....év,

becsült forgalmi érték:.....Ft.

Haszonélvezeti joggal terhelt: ☐ igen ☐ nem

3.2. Üdülőtulajdon és üdülőtelek-tulajdon címe:.....város/község,

.....út/utca,hsz., üdülő alapterülete:.....m²,

a telek alapterülete:.....m², helyrajzi szám:.....,

tulajdoni hányad:....., a szerzés ideje:.....év,

becsült forgalmi érték:.....Ft.

Haszonélvezeti joggal terhelt: ☐ igen ☐ nem



3.3. Egyéb, nem lakás céljára szolgáló épület-(épületrész-) tulajdon megnevezése (zártkerti építmény, műhely, üzlet, műterem, rendelő, garázs stb.):.....
címe:.....város/község,út/utca,
.....hsz., alapterülete:.....m², helyrajzi szám:.....
tulajdoni hányad:....., a szerzés ideje:.....év,
becsült forgalmi érték:.....Ft.
Haszonélvezeti joggal terhelt: ☐ igen ☐ nem

3.4. Termőföldtulajdon megnevezése:.....
címe:.....város/község,út/utca,
.....hsz., alapterülete:.....m², helyrajzi szám:.....
tulajdoni hányad:....., a szerzés ideje:.....év,
becsült forgalmi érték:.....Ft.
Haszonélvezeti joggal terhelt: ☐ igen ☐ nem

3.5. 18 hónapon belül ingyenesen átruházott ingatlan:
címe:.....város/község,út/utca,
.....hsz., alapterülete:.....m², helyrajzi szám:.....
tulajdoni hányad:....., az átruházás ideje:.....év,
becsült forgalmi érték:.....Ft.
Haszonélvezeti joggal terhelt: ☐ igen ☐ nem

3.6. Ingatlanhoz kötődő vagyoni értékű jog:

A kapcsolódó ingatlan megnevezése:.....
címe:.....város/község,út/utca,
.....hsz., alapterülete:.....m², helyrajzi szám:.....
A vagyoni értékű jog megnevezése: haszonélvezeti ☐ , használati ☐ , földhasználati ☐ ,
lakáshasználati ☐ , haszonbérleti ☐ , bérleti ☐ , jelzálogjog ☐ , egyéb ☐ .
becsült forgalmi érték:.....Ft

Kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulok a nyilatkozatban szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárásban történő felhasználásához, kezeléséhez.

Dátum: _____

Kérelmező/ törvényes képviselő aláírása



Nyilatkozat a temetés módjáról

Alulírott

Név:.....

Lakcím:.....

Telefonszám:.....

Ezúton kijelentem, hogy elhunyt hozzátartozóm temetéséről gondoskodom, és a temetés módját az alábbiak szerint határozom meg:

Temetés módja (a megfelelő lehetőséget kérjük aláhúzni vagy megjelölni):

☐ Hamvasztás

☐ Koporsós temetés

Dátum: _____

Nyilatkozattevő aláírása