I. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

(a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)

Név (születési név):.....

Születési hely, idő: .....

Lakóhely: .....

TAJ: .....

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 igénybevételére 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. esettörténet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan): .....

.....

.....

.....

.....

.....

3.2. teljes diagnózis (részletes felsorolással, BNO kóddal):

Diagnózis/ok	BNO kód/ok

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. szenved-e fogyatékosságban (típusa, mértéke): .....

3.9. idősotthoni 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.

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)

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

Értékelő adatlap

Személyes adatok
Név:
Születési hely, idő:
Lakcím:
Törvényes képviselőjének neve, elérhetősége:

Mérőtábla

Tevékenység, funkció	Értékeljen 0–4 pont között (a pontérték a szükséges segítség mértékével emelkedik)	Intézmény-vezető	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: felszolgálást igényel, de önállóan étkezik 2: felszolgálást 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 és vagy higiénés feladatokban ellenőrizni kell 2: önállóan használja WC-t, de öltözködésben és vagy 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 és vagy 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 időnkénti 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.

Az irányadó gondozási szükséglet:

0–19: 1 órát el nem érő
20–24 pont: napi 1 óra
25–30 pont: napi 2 óra
31–34 pont: napi 3 óra
35–39 pont: napi 4 óra
40 ponttól: napi 4 órát meghaladó

Az igénylő napi gondozási szükséglete[1]:

1 órát el nem érő
1 óra
2 óra
3 óra
4 óra
4 órát meghaladó vagy
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 fennálló napi gondozási szükséglet szerint[2]:

– szociális segítés
– szociális segítés 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
– idősotthoni elhelyezés

nyújtható.

Dátum:

.....

intézményvezető/szakértő

.....

orvos

1 A megfelelő aláhúzandó
2 A megfelelő aláhúzandó, a szociális segítés és a személyi gondozás együttesen is jelölhető

II. JÖVEDELEMNYILATKOZAT

Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó személyi adatok:

Neve:

.....

Születési neve:.....

Anyja neve:.....

Születési hely, év, hó, nap:.....

Lakóhely:.....

Tartózkodási hely:.....
(itt azt a lakcímet vagy tartózkodási címet kell megjelölni, ahol a kérelmező életvitelszerűen tartózkodik)

Mobil és telefonszám:.....

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. Vagyonnyilatkozat" nyomtatványt nem kell kitölteni,

☐ nem

Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó jövedelmi adatok:

1. 1. Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó:	
1. 2. Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó:	
1. 3. Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások:	
1. 4. Táppénz, gyermekgondozási támogatások:	
1. 5. Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások:	
1. 6.. Egyéb jövedelem:	
2. összes (nettó) havi jövedelem:	

Dátum:

.....
az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő)
aláírása

ADATLAP

a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevétel kérelméhez

(A formanyomtatvány az igényelt szociális ellátás típusának megfelelő adatok figyelembevételével töltendő ki.)

1. Az ellátást igénylő:

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési helye, időpontja: .....

Lakóhelye: ..... Tel.: .....

Tartózkodási helye: .....

Állampolgársága: ..... Szem. ig. száma: .....

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 *(az igényelt ellátást X-szel kell jelölni.)*

2.1. nappali ellátás

idősek nappali ellátása ☐

2.2. ápolást-gondozást nyújtó intézmény

idősek otthona ☐

Dátum:

az ellátást igénylő (törvényes képviselő)
aláírása