**ÁPOLÓ OTTHON KÖZHASZNÚ NONPROFIT KFT.**

**MARGARÉTA Idősek és Pszichiátriai Betegek Otthona**

**Kérelem a személyes gondoskodást nyújtó idősek**

**PSZICHIÁTRIAI ellátást nyújtó intézményének igénybevételéhez**

|  |
| --- |
| **1. Az ellátást Kérelmező / Igénybevevő adatai:** |
| Neve: |  |
| Születési neve: |  |
| Anyja neve: |  |
| Születési hely,idő: |  |
| TAJ: |  | Állampolgársága: |  |
| Lakóhelye: |  |
| Tartózkodási helye: |  |
| Értesítési címe: |  |
| **1.1. A térítési díjat** **Fizető (Hozzátartozó / Törvényes képviselő) adatai:**  |
| Neve: | Szül.neve: |
| Szül. hely, idő: |  | Anyja neve: |  |
| Lakóhelye:  |  |
| Tartózkodási helye: |  |
| Értesítési címe: |  |
| Telefonszáma, e-mail címe:  |  |
| **Kérelmező nagykorú gyermekének** **adatai:** |
| Neve : | Születési neve: |
| Lakcíme: |  |
| Tartózkodási helye: |  |
| Értesítési címe: |  |
| Telefon / Ímél cím: |
| **2.1. Ápolást- gondozást nyújtó pszichiátriai otthon** |
| Mikortól kéri a szolgáltatás biztosítását: |
| Mennyi időre kéri az elhelyezést: |
| **2.2. Az igényelt ellátás adatai:** |
|  Milyen okból kéri az elhelyezést\*: |
|  egészségi állapot szociális helyzet önellátási képesség megváltozása |

**\*: a megfelelő aláhúzandó**

**A személyi térítési díjra, költőpénzre és gyógyszerszámla fizetésére vonatkozó nyilatkozat**

**1.**

* Alulírott **Fizető** vállalom, hogy **Igénylő** részére az Szt.117/B.§-a a szerint a mindenkori **intézményi térítési díjjal azonos személyi térítési díjat,** továbbá az alap gyógyszerlistában nem szereplő **gyógyszerek és testközeli gyógyászati segédeszközök (pelenka) térítési díját megfizetem.**

**2.**

* Alulírott **Törvényes képviselő** vállalom, hogy a gondnokoltam (**Igénylő)** részére az Szt.117/B.§-a szerint a mindenkori **intézményi térítési díjjal azonos személyi térítési díjat,** továbbá az alap gyógyszerlistában nem szereplő **gyógyszerek és testközeli gyógyászati segédeszközök (pelenka) térítési díját megfizetem.**
* Alulírott **Törvényes képviselő** tudomásul veszem, hogy amennyiben az Ellátott cselekvőképessége részlegesen vagy teljesen korlátozó, ebben az esetben a 29/1993(II.17.) Korm. rendelet 27.§-a értelmében az Szt. 117/A.§ (1) bek. szerinti költőpénzt minden hónapban biztosítom a gondnokolt Ellátott személyes szükségleteire.

**Alulírott kérelmező büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy semmilyen fertőző betegségben (TBC, MRSA, Hepatits C, HIV, stb.) nem szenvedek. Az intézménybe való beköltözésemnek fertőző betegség nem akadálya.**

Alulírottak aláírásunkkal igazoljuk, hogy az ellátás igénybe vételének feltételeiről, az intézménnyel kötendő megállapodás és a házirend tartalmáról, az előgondozás időpontjáról, a térítési díj várható mértékéről a tájékoztatást megkaptuk.

Kelt: …………………………………………......,……………... év ………………………….. hó ………………………..nap

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Az Ellátást Igénylő aláírása |  | Törvényes képviselő aláírása |  | Fizető aláírása |

1. ***JÖVEDELEMNYILATKOZAT***

Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó személyes adatok:

Név: ………………………………………………………………………………………………………………………………

Születési név: …………………………………………………………………………………………………………….

Anyja neve: ………………………………………………………………………………………………………………….

Lakóhely: ………………………………………………………………………………………………………………………

Tartózkodási hely: ……………………………………………………………………………………………………..

**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:**

|  |  |
| --- | --- |
| **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 munkaügyi 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 foglalkoztatási jogviszonyból származó** | **Társas és egyéni vállalkozásból,őstermelői, szellemi és más önállótevékeny- ségből származó** | **Táppénz, gyermek- gondozási támogatások** | **Önkormányzatés munkaügyiszervek általfolyósítottellátások** | **Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások** | **Egyéb jöve- delem** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Az ellátást igénybe vevő kiskorú** |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A közelihozzátartozók neve,születési ideje** | **Rokoni kapcsolat** |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1) |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2) |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3) |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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**

***III. VAGYONNYILATKOZAT***

**(tartós bentlakásos intézményi ellátás kérelmezése esetén kell kitölteni)**

Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó személyes adatok:

Név: ………………………………………………………………………………………………………………………………

Születési név: …………………………………………………………………………………………………………….

Anyja neve: ………………………………………………………………………………………………………………….

Lakóhely: ………………………………………………………………………………………………………………………

Tartózkodási hely: ……………………………………………………………………………………………………..

**Az Ellátást Igénylő vagyona:**

**2. Pénzvagyon**

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

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

A számlavezető pénzintézet neve, címe: ..........................................................................................

3. Takarékbetét-szerződés 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**

1. Lakástulajdon és lakótelek-tulajdon címe: ................................................................................... helyrajzi száma: .................., a lakás alapterülete: ........ m2, a telek alapterülete: ........ m2, tulajdoni hányad: .........., a szerzés ideje: ............ év

Becsült forgalmi érték: ........................... Ft

Haszonélvezeti joggal terhelt: igen/nem *(a megfelelő aláhúzandó)*

2. Üdülőtulajdon és üdülőtelek-tulajdon címe: ................................................................................. helyrajzi száma: ..............., az üdülő alapterülete: .......... m2, a telek alapterülete: ........ m2, tulajdoni hányad: .........., a szerzés ideje: ............ év

Becsült forgalmi érték: ........................... Ft

3. Egyéb, nem lakás céljára szolgáló épület-(épületrész-)tulajdon megnevezése (zártkerti építmény, műhely, üzlet, műterem, rendelő, garázs stb.): ............................................................... címe: ............................................................................ helyrajzi száma: ................., alapterülete: ......... m2, tulajdoni hányad: .........., a szerzés ideje: ............ év

Becsült forgalmi érték: ........................... Ft

4. Termőföldtulajdon megnevezése: ....................................... címe: .................................... helyrajzi száma: ............, alapterülete: ........ m2, tulajdoni hányad: .........., a szerzés ideje: ............ év

Becsült forgalmi érték: ........................... Ft

5. 18 hónapon belül ingyenesen átruházott ingatlan címe .................................................... helyrajzi száma: ............, alapterülete .......... m2, tulajdoni hányad ........, az átruházás ideje ........... év

Becsült forgalmi érték: ........................... Ft

6. Ingatlanhoz kötődő vagyoni értékű jog:

A kapcsolódó ingatlan megnevezése ......................................................................................... címe: ...................................................................................................... helyrajzi száma: .......................

A vagyoni értékű jog megnevezése: haszonélvezeti □, használati □, földhasználati □, lakáshasználati □, haszonbérleti □, bérleti □, jelzálogjog □, egyéb □.

Ingatlan becsült forgalmi értéke: ........................... Ft

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

Dátum: ........................................... ………………………………………………………………………………………………….

 Az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása