



Szent Ferenc Egyesített Szociális Intézmény

Támogató Szolgáltatás

5100 Jászberény, Hatvani út 35.

Tel: 57/411-504; 06-30/549-9978

E-mail: jb.egyszoci@pr.hu

KÉRELEM TÁMOGATÓ SZOLGÁLTATÁS IGÉNYBEVÉTELEHEZ

Az ellátást igénybe vevő adatai:

Név:.....
Születési neve:.....
Anyja neve:.....
Születési helye, időpontja:.....
Lakóhelye:.....
Tartózkodási helye:.....
Állampolgársága:.....
Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása:.....
Társadalombiztosítási Azonosító Jele:.....
Elérhetősége (telefonszáma):.....

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:

Az ellátás igénybevételére vonatkozó adatok:

- milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:.....
- milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását:.....
- milyen típusú segítséget igényel (megfelelő rész aláhúzandó)

személyi segítség

személyi szállítás

A szociális ellátásról, igénybevételének feltételeiről tájékoztatásban részesültem, az abban foglaltakat tudomásul vettem.

Dátum:év.....hónap

.....

Az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása



Szent Ferenc Egyesített Szociális Intézmény

Támogató Szolgáltatás

5100 Jászberény, Hatvani út 35.

Tel: 57/411-504; 06-30/549-9978

E-mail: jb.egyszoci@pr.hu

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

Támogató Szolgáltatás igénybevételéhez

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

Név (születési név):

Születési hely, idő:

Lakóhely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jel:

1. Önellátásra vonatkozó megállapítások:(megfelelő rész aláhúzendó):

önellátásra képes - részben képes - segítséggel képes – önellátásra képtelen

2. Szenved-e krónikus betegségben? igen - nem

Ha igen betegségének megnevezése:.....

3. Fogyatékoság típusa és mértéke: (megfelelő rész aláhúzendó)

hallássérült – látássérült – mozgássérült – értelmi sérült – autista – halmozottan sérült

enyhe fokú – középsúlyos – súlyos fogyatékoság áll fenn

4. Rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e? igen - nem

5. Gyógyszerek adagolásának ellenőrzése szükséges-e? igen - nem

6. Szenvedett-e fertőző betegségben az elmúlt 6 hónapon belül? igen - nem

7. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései (gyógyszerallergia, szenvedélybetegség, diéta stb.):

.....

Dátum:

P.H.

Orvos aláírása



Szent Ferenc Egyesített Szociális Intézmény

Támogató Szolgáltatás

5100 Jászberény, Hatvani út 35.

Tel: 57/411-504; 06-30/549-9978

E-mail: jb.egyszoci@pr.hu

JÖVEDELEMNYILATKOZAT Támogató szolgáltatás igénybevételéhez

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 – NEM

Az ellátást kérelmező nagykorú 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 (Ft/hó)	
30 %	

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

