



SZENT FERENC
EGYESÍTETT SZOCIÁLIS INTÉZMÉNY
Fogyatékkal Élők Nappali Ellátása
5100 Jászberény, Hatvani út 35.
Tel: 06 20 2886430
e-mail: fogyatekkel.elok.klubja@jaszberenzocint.hu

Kérelem Fogyatékkal Élők Nappali Ellátásának igénybevételéhez
9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelet 3.§ (1) bekezdés

Az ellátást igénybe vevő adatai:

Ikt.sz.: I-F/...../.....

Név:.....
Születési neve:.....
Anyja neve:.....
Születési helye, időpontja:.....
Lakóhelye:.....
Tartózkodási helye:.....
Állampolgársága:.....
Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása:.....
TAJ-száma:.....

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:

A szociális ellátásról, igénybevételének feltételeiről tájékoztatásban részesültem, az abban foglaltakat tudomásul vettem. **1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról 94/A. § (2) bekezdés, 95. § .**

Dátum:.....

.....
szülő

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

A kérelemhez mellékelni kell: személyi igazolvány, lakcímkártya, TAJ-kártya másolatát, valamint a fogyatékoság fennállását igazoló szakvéleményt.



SZENT FERENC
EGYESÍTETT SZOCIÁLIS INTÉZMÉNY
Fogyatékkal Élők Nappali Ellátása
5100 Jászberény, Hatvani út 35.
Tel: 06 20 2886430
e-mail: fogyatekkal.elok.klubja@jaszberenyszocint.hu

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

(a háziorvos, kezelőorvos 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
-------------------	---------------	-------------------

2. Szenved-e krónikus betegségben:.....
.....

3. Fogyatékoság típusa és mértéke:.....
.....

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

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

6. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:.....
.....

Dátum:.....

P.H.

Orvos aláírása



SZENT FERENC
EGYESÍTETT SZOCIÁLIS INTÉZMÉNY
Fogyatékkal Élők Nappali Ellátása
5100 Jászberény, Hatvani út 35.
Tel: 06 20 2886430
e-mail: fogyatekkal.elok.klubja@jaszberenyszocint.hu

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 megjelölni, ahol a kérelmező életvitelszerűen tartózkodik)

Az 1993. évi III. törvény 117/B. §-a szerint a mindenkor 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 személyre vonatkozó jövedelmi adatok:

A jövedelem típusa	Nettó összege
Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó	
Társas és egyéni vállalkozásból, östermelői, 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	

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

A jövedelem nyilatkozathoz mellékelni szükséges a rendszeres havi jövedelemről szóló okiratot



SZENT FERENC
EGYESÍTETT SZOCIÁLIS INTÉZMÉNY
Fogyatékkal Élők Nappali Ellátása
5100 Jászberény, Hatvani út 35.
Tel: 06 20 2886430
e-mail: fogyatekkal.elok.klubja@jaszberenyszocint.hu

Hozzájáruló nyilatkozat személyes adatok kezeléséhez ellátás igénybevételi kérelem esetén

Alulírott.....

Születési név:.....

Születési hely, idő:.....

Anyja neve:.....

mint Fogyatékkal Élők Nappali Ellátása érintett, ellátást kérelmező/ érintett, ellátást kérelmező törvényes képviselője jelen nyilatkozat aláírásával úgy nyilatkozom, hogy megadom az információk önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény (a továbbiakban: Infotv.) 5. § (1) a) pontja szerinti hozzájárulást személyes adataim jelen nyilatkozatban foglaltak szerinti kezeléséhez.

Tudomásul veszem, hogy az ellátási forma igénybevételének eljárásrendjét jogszabályok írják elő, melyek szabályozzák az ellátási forma igénylése esetén a szükséges személyes adatok megadását (9/1999. (XI.24.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről, 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról, 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet a gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól).

Kijelentem, hogy ezen hozzájárulást önkéntesen, mindenfajta külső befolyástól mentesen, a megfelelő tájékoztatás és a vonatkozó jogszabályi rendelkezések ismeretében tettem meg. Nyilatkozom továbbá, hogy az Adatkezelő hozzáférhetővé tette számomra az Adatkezelési Tájékoztatóját, és ezzel az előzetes tájékoztatási kötelezettségének eleget tett.

Az adatkezelésre jogosult szervezet:

Szent Ferenc Egyesített Szociális Intézmény

5100 Jászberény, Hatvani út 35.

Az adatkezelés célja:

A Szent Ferenc Egyesített Szociális Intézmény által nyújtott szociális ellátási forma iránti kérelem benyújtása. Az igénybevételi kérelem megalapozottságának vizsgálata, kérelemmel kapcsolatos nyomtatványok kitöltése. Ellátási formára való jogosultság esetén várólistára való helyezés, az ellátási formára várakozóként jelentése a szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi igénybevevői nyilvántartási és az országos jelentési rendszerben.

Az adatkezelés jogalapja:

Az Infotv. 5. § (1) bekezdése a) pontja, azaz az érintett/ellátást kérelmező önkéntes hozzájárulása személyes adatainak kezeléséhez.

Az Adatkezelő által kezelt adatok köre:

Az adatkezelő kizárólag az érintett ellátási forma kérelmezéséhez szükséges adatait kezelheti, melyet a 9/1999. (XI.24.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételeéről, az 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról, a 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet a gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól szóló rendelkezések szabályoznak.

Az adatkezelés időtartama:

Az adatkezelésre az Adatkezelő a jelen hozzájárulást adó érintett/ellátást kérelmező általi visszavonásáig jogosult.

Az érintett jogai

Az érintett adatainak kezelése az érintett/törvényes képviselő önkéntes hozzájárulása alapján történik, melyet az Adatkezelőnek a fenti elérhetőségen keresztül adott újabb nyilatkozatával az érintett/törvényes képviselő bármikor visszavonhat. Az érintett ugyanitt kérheti adatainak helyesbítését, törlését, vagy az adatkezelés korlátozását, illetve tájékoztatást kérhet az Adatkezelő által végzett adatkezelésről, vagy adatainak más adatkezelőhöz való továbbítását kérheti.

Az érintett jogainak megsértése esetén panaszt tehet a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadságról Hatóságnál, vagy a lakhelye, tartózkodási helye szerint illetékes bírósághoz fordulhat.

Nyilatkozatok, hozzájárulások

- Hozzájárulok, hogy Adatkezelő a fentiekben említett jogszabályokban szabályozott adataimat az adatkezelési tájékoztatóban leírtak szerint adminisztratív kötelezettségek érdekében kezelje.
- Nyilatkozom, hogy az adatkezelés részletes körülményei tekintetében Adatkezelő adatkezelési tájékoztatóját megértettem és a benne foglaltakat tudomásul vettem.
- Nyilatkozom, hogy e dokumentumban foglaltakat tudomásul vettem, hozzájárulásomat önkéntesen teszem.

Kelt:.....

.....

Érintett/Érintett törvényes képviselőjének
aláírása



SZENT FERENC
EGYESÍTETT SZOCIÁLIS INTÉZMÉNY
Fogyatékkal Élők Nappali Ellátása
5100 Jászberény, Hatvani út 35.
Tel: 06 20 2886430
e-mail: *fogyatekkal.elok.klubja@jaszberenzocint.hu*

JÖVEDELEMNYILATKOZAT
fogyatékkal élők nappali ellátásának 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

