



Gondozási Központ Dombegyház

5836 Dombegyház, Tavasz u. 3.

Telefon: +3668/433-259

E-mail: gondozasikp@dombegyhaz.co.hu

KÉRELEM

Szociális alapszolgáltatás
Házi segítségnyújtás igénybevételéhez

1. Az ellátást kérelmező adatai:

Név:

Születési név:

Anyja neve:

Születési hely, ideje:.....

Lakóhely:.....

Tartózkodási hely:

Állampolgárság:

Személyi igazolvány szám:

TAJ szám:

Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállás:

Nyugdíjtörzsszám: _____ - _____ - _____

Tartásra köteles személy (házastárs, élettárs, egyeneságbeli rokon, örökbefogadott gyermek, örökbefogadó szülő):

Neve, születési neve:

Lakcíme:

Telefonszáma:

Legközelebbi hozzátartozó (törvényes képviselő):

Neve, születési neve:

Lakóhelye/tartózkodási helye/értesítési címe:

.....

Telefonszáma:

2. A kérelmezett házi segítségnyújtásra vonatkozó igénye

Ellátás igénybevételének módja: ☐ határozatlan ☐ határozott

Határozott időtartam esetén:..... -tólig

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:

Milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását:

- ☐ napi igénybevétel
- ☐ heti igénybevétel – összevontan 3 ill.4 napon

Milyen típusú segítséget igényel?

- ☐ szociális segítség
- ☐ személyi gondozás

A gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól szóló 36/2007. (XII.22.) SZMM rendelet alapján, a szolgáltatás biztosítását megelőzően vizsgálni kell a kérelmező gondozási szükségletét.

3. Az ellátásért fizetendő térítési díj

Az ellátás térítésmentes, melyet a fenntartó Önkormányzat Képviselő-testületének az alábbi számú rendelete határoz meg: **3/2023. (I.26.) Önkormányzati rendelet**

4. Adatszolgáltatás

A kérelem kitöltésével és aláírásával hozzájárulok, hogy a Gondozási Központ Dombegyház, mint adatkezelő, a személyes adataimat a hatályos jogszabályoknak megfelelően a megjelölt célok érdekében és módon kezelje.

5. Mellékletek

- Egészségi állapotra vonatkozó igazolás
- Értékelő adatlap
- Megállapodás (tervezet)

Kelt: Dombegyház,

.....
Ellátás igénylő/ törvényes képviselő
aláírás