



UJVÁRI JÁNOS REFORMÁTUS SZERETETOTTHON

Székhely: 9097 Mezőörs, Fő u. 66.

Levelezési cím: 8596 Pápakovácsi, Attyapuszta 4.

Tel/Fax: 06-89/351-001

E-mail: info@ujvariotthon.hu

Intézményvezető: igazgato@ujvariotthon.hu

Honlap: www.ujvariotthon.hu

KÉRELEM

Házi segítségnyújtás igénybevételére

1. Az ellátást igénylő neve: _____
2. Születési neve: _____
3. Születési helye, időpontja: _____
4. Anyja neve: _____
5. Lakóhelye: _____
6. Tartózkodási helye: _____
7. Megadott lakóhelyen/tartózkodási helyen egyedül él*: igen/nem
8. Telefonszáma: _____
9. Állampolgársága: _____
10. Kérelmező huzamosabb tartózkodási jogosultságára vagy menekült, hontalan jogállására vonatkozó adat: _____
11. Kérelmező szabad mozgás és a tartózkodás jogára vonatkozó adat: _____
12. TAJ száma: _____
13. Közgyógyellátásban részesül-e: _____
14. Tartási szerződése*: van - nincs
15. Amennyiben gondnokság alatt áll, gondnokának neve, címe, telefonszáma:

16. Legközelebbi hozzátartozójának:
Neve: _____
Születési neve: _____
Lakóhelye: _____
Telefonszáma: _____
16. Milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását: _____
17. A szolgáltatás biztosítását *határozott/határozatlan** időre kéri.
18. Milyen típusú segítséget igényel*:
 1. szociális segítség (pl. takarítás a lakás életvitelszerűen használt helyiségeiben /hálószobában, fürdőszobában, konyhában és illemhelyiségben/ , mosás, vasalás, bevásárlás, mosogatás)
 2. személyi gondozás (pl. mosdatás, fürdetés, ágyazás, ágynemű csere, gyógyszer kiváltása, gyógyszer adagolása)

* a megfelelőt kérjük aláhúzni

19. Az ellátást kérelmező és/vagy törvényes képviselője tudomásul veszi, hogy jelen kérelemben megadott személyes adatait, továbbá megnevezett hozzátartozója személyes adatait az intézmény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. tv. 20. §-ában részletezett, jogszabályi kötelezettségek teljesítése céljából és jogalapjával kezeli, nyilvántartja és teljesíti a jogszabály által előírt terjedelmű adatszolgáltatást.

Nevezettek tudomásul veszik, hogy a fenti adatok megadása kötelező, az ellátás igénybe vétele ezen adatok hiányában vagy kérelemre történő törlése esetén nem kezdeményezhető.

A megadott személyes adatok törlésre kerülnek, ha az ellátásra vonatkozó igény a teljesítését megelőzően megszűnik, vagy a fenti tájékoztatás ellenére a megadott adataik törlését kérik.

Kelt: 20____ év _____ hó ____ nap

A közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Az ellátást igénybe vevő
(törvényes képviselő) aláírása



UJVÁRI JÁNOS REFORMÁTUS SZERETETOTTHON

Székhely: 9097 Mezőörs, Fő u. 66.

Levelezési cím: 8596 Pápakovácsi, Attyapuszta 4.

Tel/Fax: 06-89/351-001

E-mail: info@ujvariotthon.hu

Intézményvezető: igazgato@ujvariotthon.hu

Honlap: www.ujvariotthon.hu

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

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

Név (születési név):

Születési hely, idő:

Lakóhely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jel:

1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás, idősek nappali ellátása igénybevétele esetén

1.1. krónikus betegségek (kérjük, sorolja fel):

1.2. fertőző betegségek (kérjük, sorolja fel):

1.3. fogyatékoság (típusa és mértéke):

1.4. egyéb megjegyzések, pl. speciális diéta szükségessége:

2. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételére vonatkozóan igazolom, hogy egészségi állapota alapján a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás biztosítása

indokolt nem indokolt

3. Átmeneti elhelyezés (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):

3.3. prognózis (várható állapotváltozás):

3.4. ápolási-gondozási igények:

3.5. speciális diéta:

3.6. szenvedélybetegség:

3.7. pszichiátriai megbetegedés:

3.8. fogyatékoság (típusa, mértéke):

3.9. demencia:

3.10. gyógyszeresedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges, stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek:

4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:

Dátum:


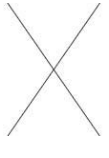
Orvos aláírása:

P. H.

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)

Tisztelt Háziorvos/Kezelőorvos Úr/Asszony! Kérjük, hogy a 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet 3. sz. melléklete alapján a mellékelt gondozási szükségletet felmérő „ÉRTÉKELŐ ADATLAP”-ot is kitölteni szíveskedjen!

WC használat	<p>0: önálló WC használatban, öltözködésben, higiénés feladatait ellátja</p> <p>1: önállóan használja WC-t, de öltözködésben, illetve higiénés feladatokban ellenőrizni kell</p> <p>2: önállóan használja WC-t, de öltözködésben, illetve higiénés feladatokban segíteni kell</p> <p>3: segítséget igényel WC használatban, öltözködésben, higiénés feladatok elvégzéséhez</p> <p>4: segítséggel sem képes WC használatra, öltözködésre, higiénés feladatok elvégzésére</p>		
Kontinencia	<p>0: vizeletét, székletét tartani képes</p> <p>1: önállóan pelenkát cserél, elvégzi a higiénés feladatait</p> <p>2: pelenka cserében, öltözködésben, illetve higiénés feladatokban alkalmanként segítséget igényel</p> <p>3: rendszeres segítséget igényel pelenka cserében, öltözködésben, higiénés feladatok elvégzésében</p> <p>4: inkontinens, teljes ellátásra szorul</p>		
Kommunikáció Képes-e megfogalmazni, elmondani a panaszát, megérti-e, amit mondanak neki	<p>0: kifejezőkészsége, beszédértése jó</p> <p>1: kommunikációban időszakosan segítségre szorul</p> <p>2: beszédértése, érthetősége megromlott</p> <p>3: kommunikációra csak segédeszközzel vagy csak metakommunikációra képes</p> <p>4: kommunikációra nem képes</p>		
Terápiakövetés Rábízható-e az előírt gyógyszerek adagolása, szedése	<p>0: az orvos utasításait, előírt gyógyszeres terápiát betartja</p> <p>1: gyógyszerelésben segítséget igényel, utasításokat betartja</p> <p>2: elrendelt terápiát tartja, segítséggel tudja tartani az utasításokat</p> <p>3: elrendelt terápiát, utasításokat ellenőrzés mellett tartja</p> <p>4: gyógyszer bevétele csak gondozói ellenőrzéssel</p>		
Helyzetváltoztatás	<p>0: önállóan</p> <p>1: önállóan, segédeszköz használatával</p> <p>2: esetenként segítséggel</p> <p>3: gyakran segítséggel</p> <p>4: nem képes</p>		
Helyváltoztatás	<p>0: önállóan</p> <p>1: segédeszköz önálló használatával</p> <p>2: segédeszköz használatával, segítséget esetenként igényel</p> <p>3: segédeszköz használatával, gyakran csak segítséggel</p> <p>4: nem képes</p>		
Életvezetési képesség (felügyelet igénye)	<p>0: önállóan</p> <p>1: esetenkénti tanácsadás, részfeladatra betanítható</p> <p>2: személyes szükségletei ellátásában segítségre szorul</p> <p>3: személyes szükségletei ellátásában gyakran vagy rendszeresen segítségre szorul, belátási képessége hiányzik</p> <p>4: állandó 24 órás felügyelet</p>		

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		
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		
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.

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:

- szociális segítség 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) pontalpontja szerinti egyéb körülmény alapján
- személyi gondozás
- időotthoni elhelyezés nyújtható.

Dátum:
intézményvezető/szakértő

Dátum:
orvos

(A gondozási szükséglet felülvizsgálatát az intézmény fenntartójától lehet kérni.)

Felülvizsgálat

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:

- szociális segítség 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) pontalpontja szerinti egyéb körülmény alapján
- személyi gondozás
- időotthoni elhelyezés nyújtható.

Dátum:
fenntartó képviselője

Dátum:
ORVOS