



**Somogy Megyei**  
**Dr Takács Imre Szociális Otthon**  
**Tab Kossuth Lajos u . 107.**  
**Tel/ Fax : 84/ 525-199**

---

Nyilvántartási szám (intézmény tölti ki): \_\_\_\_\_

**Kérelem**  
**szociális intézményi ellátás igényléséhez**

**1. Az ellátást igénylő adatai**

Név: \_\_\_\_\_

Születési név: \_\_\_\_\_

Anyja születési neve: \_\_\_\_\_

Születési hely: \_\_\_\_\_

Születési idő: \_\_\_\_\_

Az ellátást igénylő állampolgársága: \_\_\_\_\_

Bejelentett lakóhely: \_\_\_\_\_

Bejelentett tartózkodási hely: \_\_\_\_\_

Értesítési cím: \_\_\_\_\_

Telefonszám: \_\_\_\_\_

E-mail cím: \_\_\_\_\_

**2. Amennyiben Ön gondnokság alatt áll, törvényes képviselőjének adatai**

Név: \_\_\_\_\_

Születési név: \_\_\_\_\_

Bejelentett lakóhely: \_\_\_\_\_

Bejelentett tartózkodási hely: \_\_\_\_\_

Értesítési cím: \_\_\_\_\_

Telefonszám: \_\_\_\_\_

E-mail cím: \_\_\_\_\_

**3. Megnevezett hozzátartozó:**

Név: \_\_\_\_\_

Születési név: \_\_\_\_\_

Bejelentett lakóhely: \_\_\_\_\_

Bejelentett tartózkodási hely: \_\_\_\_\_

Értesítési cím: \_\_\_\_\_

Telefonszám: \_\_\_\_\_

E-mail cím: \_\_\_\_\_

Rokonsági fok: \_\_\_\_\_

**4. A kérelmező:**

A) cselekvőképés

B) cselekvőképességében részlegesen korlátozott

C) cselekvőképességében teljesen korlátozott

(kérem, aláhúzással jelölje)

**5. Tartási vagy öröklési szerződést kötött-e:**

Igen

nem

(kérem, aláhúzással jelölje)

Igen válasz esetén a tartást és gondozást szerződésben vállaló személy adatai:

Név: \_\_\_\_\_

Születési név: \_\_\_\_\_

Bejelentett lakóhely: \_\_\_\_\_

Bejelentett tartózkodási hely: \_\_\_\_\_

Értesítési cím: \_\_\_\_\_

Telefonszám: \_\_\_\_\_

e-mail cím: \_\_\_\_\_

## 6. A kérelem benyújtásának oka:

(kérem, aláhúzással jelölje; több ok is jelölhető)

- az önellátó képesség csökkenése, illetve elvesztése
  - jövedelmi, megélhetési okok
  - a család ellátó képességének csökkenése, illetve elvesztése
  - mentális, vagy pszichés problémák
  - lakhatással kapcsolatos problémák
  - egyéb:
- 
- 

## 7. A kért intézménytípus megjelölése az igények sorrendjében:

sorszám	Intézményi ellátás típusa	Székhely intézmény címe	Telephely intézmény címe
1.	pszichiátriai betegek otthona	Somogy Megyei Dr. Takács Imre Szociális Otthon 8660 Tab, Kossuth L. u. 107	
2.	pszichiátriai betegek otthona		Park Szociális Otthon 7463 Patalom, Bucsi Ignác u.1.
3.	idősek otthona		Park Szociális Otthon 7463 Patalom, Bucsi Ignác u.1.
4.	fogyatékosok otthona	Somogy Megyei Dr. Takács Imre Szociális Otthon 8660 Tab, Kossuth L. u. 107	

## 8. Soron kívüli elhelyezést kér-e:

igen

nem

(kérem, aláhúzással jelölje)

Igen válasz esetéi, kérem, indokolja:

---

**9. Az ellátás időtartama:**

határozott

határozatlan

(kérem, aláhúzással jelölje, a határozott időt pontosan jelölje meg, pl. 3 hónap)

**10. A kérelem előterjesztésének, vagy a beutaló határozat beérkezésének időpontja:**

(az intézmény tölti ki)

---

**11. Az előgondozás lefolytatásának időpontja:**

---

(az intézmény tölti ki)

**12. Egyéb közlendő:**

---

**Nyilatkozat:**

Alulírott kérelmező hozzájárulok az adataim elektronikus úton történő rögzítéséhez, azok nyilvántartásához.

A közölt adatok a valóságnak megfelelnek, a személyi adatok a személyi okmányokban bejegyzett adatokkal megegyeznek.

Dátum: \_\_\_\_\_

---

az ellátást kérelmező aláírása

---

az ellátást kérelmező törvényes képviselőjének aláírása

## I. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

(a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)

Név (születési név): \_\_\_\_\_

Születési hely, idő: \_\_\_\_\_

Lakóhely: \_\_\_\_\_

Társadalombiztosítási Azonosító Jel: \_\_\_\_\_

**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 diétára szorul-e:

3.6. szenvedélybetegségben szenved-e:

3.7. pszichiátriai megbetegedésben szenved-e:

3.8. fogyatékoságban szenved-e (típusa, mértéke):

3.9. időotthoni ellátás esetén demenciában szenved-e:

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

**4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:**

---

**Dátum:**

**Orvos aláírása:**

**P. H.**

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)

### III. JÖVEDELEM NYILATKOZAT

#### Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó személyes adatok:

Név:.....

Születési név:.....

Anyja neve:.....

Születési hely, idő:.....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

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** - ebben az esetben a jövedelemnyilatkozat további részét és a „III. Vagyonynyilatkozat” 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:

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)

#### 1. A nyilatkozóra 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):.....

#### A nyilatkozó 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:.....

##### 3. Ingatlanvagyon

###### 1. Lakástulajdon és lakótelek-tulajdon címe:

..... helyrajzi száma:....., a lakás

alapterülete: ..... m<sup>2</sup>, a telek alapterülete: ..... m<sup>2</sup>, tulajdoni hányad:....., a szerzés

ideje:..... év

Becsült forgalmi érték: .....Ft

Haszonélvezeti joggal terhelt: igen/nem (a megfelelő aláhúzendó)

###### 2. Üdülőtulajdon és üdülőtelek-tulajdon címe:

..... helyrajzi száma:....., az üdülő

alapterülete: ..... m<sup>2</sup>, a telek alapterülete: ..... m<sup>2</sup>, 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