



## Mezőcsáti Kistérség Humánszolgáltató Központ

3450 Mezőcsát Hősök tere 24.  
Tel/Fax: 49/352-350, 49/552-005  
E-mail: [human@mezocsat.hu](mailto:human@mezocsat.hu)

---

### Kérelem

#### Házi segítségnyújtás igénybevétel esetén

##### 1. Az ellátást igénybe vevő adatai:

Név: \_\_\_\_\_  
Születési név: \_\_\_\_\_  
Anyja neve: \_\_\_\_\_  
Születési helye, időpontja: \_\_\_\_\_  
Lakóhelye: \_\_\_\_\_  
Tartózkodási helye (itt azt a lakcímet kell megjelölni, ahol a kérelmező életvitelszerűen tartózkodik): \_\_\_\_\_  
Állampolgársága: \_\_\_\_\_  
Bevándorolt, letelepedett, vagy menekült jogállása: \_\_\_\_\_  
Társadalombiztosítási Azonosító jele: \_\_\_\_\_  
Személyigazolvány száma: \_\_\_\_\_  
Telefonszáma: \_\_\_\_\_

##### 2. Az ellátást igénylő törvényes képviselőjének / tartásra kötelezett hozzátartozójának / hozzátartozóinak adatai:

Név: \_\_\_\_\_  
Születési név: \_\_\_\_\_  
Lakóhelye: \_\_\_\_\_  
Tartózkodási helye (itt azt a lakcímet kell megjelölni, ahol a kérelmező életvitelszerűen tartózkodik): \_\_\_\_\_  
Értesítési cím: \_\_\_\_\_  
Telefonszáma: \_\_\_\_\_

**3. Az ellátást igénylő által megjelölt legközelebbi (értesítendő) hozzátartozójának /hozzátartozóinak adatai:**

Név: \_\_\_\_\_

Születési név: \_\_\_\_\_

Lakóhelye: \_\_\_\_\_

Tartózkodási helye (itt azt a lakcímet kell megjelölni, ahol a kérelmező életvitelszerűen tartózkodik): \_\_\_\_\_

Értesítési cím: \_\_\_\_\_

Telefonszáma: \_\_\_\_\_

**4. A házi segítségnyújtásra vonatkozó adatok:**

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

Milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását: \_\_\_\_\_

Milyen típusú segítséget igényel:

☐ segítség a napi tevékenységek ellátásában

☐ bevásárlás, gyógyszerbeszerzés

☐ személyes gondozás

☐ egyéb, éspedig \_\_\_\_\_

Hozzájárulok ahhoz, hogy az intézmény nyilvántartsa személyi adataimat, és a jogszabályokban előírt rendszerekben rögzítse (NRSZH KENYSZI).

**Megjegyzés:**

*A gondozási szükséglet vizsgálata során be kell mutatni a gondozási szükségelt megítélését szolgáló, rendelkezésre álló leleteket és szakvélemények másolatát.*

Kelt: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása

# EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

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

Név: \_\_\_\_\_

Születési név: \_\_\_\_\_

Születési helye, időpontja: \_\_\_\_\_

Lakóhelye: \_\_\_\_\_

TAJ szám: \_\_\_\_\_

|                                                                                                                                                                                                                      |                        |              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------|
| <b>1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, nappali ellátás, támogató szolgáltatás igénybevétele esetén</b>                                                                                    |                        |              |
| 1.1. krónikus betegségek (kérjük, sorolja fel, milyen típusú): <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem                                                                                            |                        |              |
| 1.2. fertőző betegségek (kérjük, sorolja fel, milyen típusú): <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem                                                                                             |                        |              |
| 1.3. fogyatékoság típusa (hallássérült, látássérült, mozgássérült, értelmi sérült) és mértéke: <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem                                                            |                        |              |
| 1.4. egyéb megjegyzések, pl. speciális diéta szükségessége: <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem                                                                                               |                        |              |
| 1.5. rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e, milyen célból: <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem                                                                                             |                        |              |
| 1.6. gyógyszerek adagolásának ellenőrzése szükséges-e: <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem                                                                                                    |                        |              |
| 1.7. önellátásra vonatkozó megállapítások:<br><input type="checkbox"/> önellátásra képes <input type="checkbox"/> részben képest <input type="checkbox"/> segítséggel képes                                          |                        |              |
| Egyéb megjegyzések:                                                                                                                                                                                                  |                        |              |
| <b>2. A házi segítségnyújtás igénybevételére vonatkozóan igazolom, hogy egészségi állapota alapján a házi segítségnyújtás biztosítása</b><br><input type="checkbox"/> indokolt <input type="checkbox"/> nem indokolt |                        |              |
| <b>3. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:</b>                                                                                                                                                              |                        |              |
| <b>Dátum:</b>                                                                                                                                                                                                        | <b>Orvos aláírása:</b> | <b>P. H.</b> |

Egyúttal nyilatkozom, hogy az egészségi állapotomról az orvos az intézmény részére adatot szolgáltat.

Háziorvos neve, címe: \_\_\_\_\_

Kelt: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása