



Ikt. /2026

Nyilvántartási szám: (intézmény tölti ki)

KÉRELEM

idősek otthonában történő ellátás igényléséhez

(A kérelmet olvashatóan **NYOMTATOTT BETŰKKEL, vagy SZÁMÍTÓGÉPPEL** kérjük kitölteni)

I. Az ellátást igénybe vevő adatai

Család és utóneve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési helye, ideje:

TAJ száma:

Lakcíme:

Tartózkodási helye:

Értesítési címe: lakcím, tartózkodási hely,
egyéb:

Nyugdíjas törzsszáma:

Közfogyasztási igazolvány száma (ha van):

Állampolgársága:

Telefonszáma: E-mail címe:

II. Az ellátást igénybe vevőt segítő személy, hozzátartozó

Családi és utóneve:

Születési neve:

Születési helye, ideje:

Lakcíme:

Tartózkodási helye:

Értesítési címe: lakcím, tartózkodási hely,
egyéb:

Telefonszáma: E-mail címe:

Az időszotthoni ellátás költségeihez szükség esetén hozzájárulást vállal? IGEN NEM

Az ellátást igénybe vevőhöz fűződő kapcsolata:

gyermek, házastárs, élettárs, egyéb rokon, pl.: unokahúg, unokaöcs, stb.

egyéb: pl.: barát, szomszéd, ismerős

III. Cselekvőképességet érintő gondnokság alatt áll-e az ellátást igénybe vevő?

IGEN NEM

Ha IGEN:

Törvényes képviselőjének:

Családi és utóneve:

Születési neve:

Születési helye, ideje

Lakcíme:

Tartózkodási helye:

Személyigazolvány száma:

Telefonszáma:

E-mail címe:

Gondokság típusa:

cselekvőképességet teljesen korlátozó

cselekvőképességet részlegesen korlátozó

Részlegesen korlátozó gondnokság esetén az alábbi ügycsoportra terjed ki:

1.
2.
3.
4.

IV. Az ellátást igénybe vevőre vonatkozó kérdések:

36/2007. (XII.22.) SZMM. rendelet alapján

Pszichiáter, neurológus, vagy geriáter szakorvos által igazolt közép súlyos vagy súlyos fokú demenciával él.

IGEN NEM

A megadott lakcímen életvitelszerűen egyedül él.

IGEN NEM

Hallási fogyatékosként fogyatékosági támogatásban vagy vakok személyi járadékában részesül.

IGEN NEM

A fenti pont szerinti eseten kívüli okból fogyatékosági támogatásban részesül és az orvosszakértői szerv, illetve jogelődje szakértői bizottságának szakvéleménye, szakhatósági állásfoglalása az önkiszolgálási képességének hiányát állapította meg.

IGEN NEM

Közműves víz vagy villamos energiaellátás nélküli ingatlanban él.

IGEN NEM

„E” minősítésű kategóriába tartozó rokkantsági ellátásba részesül.

IGEN NEM

Munkaképességét 100%-ban elvesztette vagy legalább 70%-os mértékű egészségkárosodást szenvedett és önellátásra nem, vagy csak segítséggel képes

IGEN NEM

Aktív szenvedélybeteg.

IGEN NEM

Pszichiátriai kórképpel diagnosztizált, kezelés alatt áll.

IGEN NEM

Kórházi/fekvőbeteg ellátásban részesül, és a gyógykezelést követően az otthoni környezetbe történő visszatérése (mellékelt orvosi vélemény szerint) nem biztosítható.	IGEN	NEM
Az állapota olyan mértékű folyamatos felügyeletet igényel, amelyet a jelenlegi gondozói környezetben (család, házi segítségnyújtás) már nem lehet biztosítani.	IGEN	NEM
Egyedül él, és nincs olyan közvetlen hozzátartozója vagy környezeti támogatója, aki az alapvető szükségleteinek (étkezés, gyógyszer, higiénia) ellátásában segítséget nyújtana.	IGEN	NEM
A jelenlegi lakóhelye a továbbiakban nem áll rendelkezésre (pl. tulajdonjogi vita, hajléktalanság veszélye, vagy a lakás műszaki állapota miatt életveszélyessé vált).	IGEN	NEM

Egyéb a jelentkezés szempontjából releváns szociális, egészségügyi információk:

.....

.....

.....

Tudomásul veszem, hogy a fenti válaszok valóságát az intézmény az előgondozás során, illetve a környezettanulmány keretében ellenőrizheti.

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. A jelentkezéskor ismert, az ellátást befolyásoló összes egészségügyi adat a valóságnak megfelel.

Adatkezelési tájékoztató:

Az intézmény a kérelemben megadott személyes adatokat kizárólag az idősek otthoni ellátás iránti kérelem elbírálása, valamint az esetlegesen létrejövő ellátási szerződés előkészítése céljából kezeli, a Nagyboldogasszony Ház Idősek Otthona hatályos Adatvédelmi Szabályzatában foglaltak szerint. Hozzájárulok, hogy az intézmény a megadott adataimat a felvételi eljárás teljes időtartama alatt kezelje. Tudomásul veszem, hogy amennyiben a felvételi kérelmem elutasításra kerül, vagy a kérelemtől elállok, az intézmény a személyes adataimat – a jogszabályban előírt őrzési kötelezettség hiányában – haladéktalanul törli.

A részletes adatvédelmi, és kameraszabályzat megtekinthető az intézmény honlapján (www.nbahaz.hu) és a titkárságon. Aláírással igazolom, hogy a szabályzatokat megismertem és elfogadom a bennük foglaltakat.

Kelt: , 2026. év.....hó.....nap

.....
ellátást igénybe vevő, vagy
törvényes képviselő
aláírása

Tanú I.

Aláírás:

Név:

Lakcím:

.....
ellátást igénybe vevőt
segítő személy, hozzátartozó
aláírása

Tanú II.

Aláírás:

Név:

Lakcím:

melléklet: Értékelő adatlap