NAPFÉNY OTTHON
Kiemelten Közhasznú Alapítvány

Kérelem a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez

1. A kérelmező adatai:

Neve:……..

Születési neve:…….

Anyja neve:……..

Születési helye, időpontja:……

Lakóhelye:……

Tartózkodási helye:……..

Értesítési címe:…….

Állampolgársága:……..

Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása:……

A kérelmező telefonszáma:……...

A kérelmező TAJ száma: …….

A kérelmező cselekvőképes*: igen nem

A kérelmező nagykorú gyermekének

a) neve:……

b) születési neve:……..

b) lakóhelye/tartózkodási helye:……

c) telefonszáma, e-mail címe:……

Megnevezett legközelebbi hozzátartozójának /törvényes képviselőjének

a) neve:……

b) születési neve:……

b) lakóhelye/tartózkodási helye:……

c) telefonszáma:……

NAPFÉNY OTTHON
Kiemelten Közhasznú Alapítvány

2. **Az ellátással kapcsolatos adatok**:

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:……

Milyen időtartamra kéri az elhelyezést:…….

Milyen okból kéri az elhelyezést:……

……

Soron kívüli elhelyezést kér-e: igen nem

ha igen, annak oka:……..

Dátum:……

……..

Az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása:

NAPFÉNY OTTHON
Kiemelten Közhasznú Alapítvány

Egészségi állapotra vonatkozó igazolás

Név: .....
Születési név: .....
Születési hely, idő: .....
Lakóhely: ……..…….……
TAJ száma:……..……..……

Esettörténet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan)……..…….
…….....
.....
Teljes diagnózis (részletes felsorolással, BNO kóddal):……..…….……..…….
……..……
……..……
Prognózis (várható állapotvált.....……..……..……
Ápolási-gondozási igény……..
speciális diéta:……..…….
szenvedélybetegség:……..……..……..
pszichiátriai megbetegedés:……..…….....……..……
fogyatékosság (típusa, mértéke):……..……..……..…
demencia: ……..……..
gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek:……..……..……
……
……

A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:……..…..…….
……
……
……
……
……
……..

Dátum:……

……
Orvos aláírása

P. H.