

Berettyóújfalu Értelmi Fogyatékosok és Pszichiátriai Betegek Otthona
Nonprofit KFT
4100 Berettyóújfalu Mátyás utca 1

I
Egészségi állapotra vonatkozó igazolás
(házi orvos, kezelő orvos tölti ki)

Név (születési név):

Születési hely, idő :

Lakóhely:.....

Társadalombiztosítási Azonosító Jel:.....

Átmeneti elhelyezés (az éjjeli menedékhely kivételével), ápolást – gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmények, lakóotthonok esetén:

1.Eset történet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan):.....

.....

.....

2.Teljes diagnózis (részletes felsorolással, BNO kóddal) :.....

.....

3. Prognózis (várható állapotváltozás) :.....

4. Ápolási , gondozási igények:.....

.....

5. Speciális diétára szorul – e :

6. Szendélybetegségben szenved – e:.....

7. Pszichiátriai betegségben szenved – e:.....

8. Fogyatékoságban szenved – e:.....

9. Időotthoni ellátás esetén demenciában szenved – e:.....

10.Gyógyszer szedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre:.....

.....

.....

11.A házi orvos (kezelő orvos) egyéb megjegyzései:.....

.....

.....

Dátum:

orvos aláírása

P.H

Berettyóújfalui Értelmi Fogyatékosok és Pszichiátriai Betegek Otthona

Nonprofit KFT

4100 Berettyóújfalu Mátyás utca 1

II

JÖVEDELEMNYILATKOZAT

Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó személyes adatok:

Név:.....

Születési név:.....

Anyja neve:.....

Születési hely, idő:.....

Lakóhely:.....

Tartózkodási hely.....

(itt azt a laccímet kell megjelölni, ahol a kérelmező életvitelszerűen tartózkodik)

Telefonszám (nem kötelező megadni) :

Az 1993. évi III. tv 117/B. § - a szerint a mindenkori intézményi térítési díjjal azonos személyi térítési díj megfizetését az ellátást igénylő vagy a 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 jövedelem nyilatkozat további részét és a III. vagyonyilatkozat 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

Berettyóújfalu Értelmi Fogyatékosok és Pszichiátriai Betegek Otthona
Nonprofit KFT
4100 Berettyóújfalu Mátyás utca 1

III.
Vagyonynyilatkozat

**(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 laccímet kell megjelölni, ahol a kérelmező életvitelszerűen tartózkodik)
Telefonszám (nem kötelező megadni) :.....

A nyilatkozó vagyona:

2.Pénzvagyon

- 1.a nyilatkozó rendelkezésére álló készpénz összeg.....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:.....m2, a telek alapterülete:.....
tulajdoni hányad:....., a szerzés éve:.....év
Becsült forgalmi érték:.....Ft
Haszonélvezeti joggal terhelt: igen/nem (a megfelelő aláhúzendó)
2.Üdülőtulajdon és üdülőtelek – tulajdon címe:.....
helyrajzi száma:....., az üdülő alapterülete:.....m2, a telek alapterülete:.....m2
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 éve:.....év
Becsült forgalmi érték:.....Ft

Berettyóújfalu Értelmi Fogyatékosok és Pszichiátriai Betegek Otthona
Nonprofit KFT
4100 Berettyóújfalu Mátyás utca 1

3. Ingatlanvagyon

4. Termőföldtulajdon megnevezése:..... címe:.....
.....helyrajzi száma....., alapterülete:.....m2, tulajdoni
hányad:....., a szerzés éve:.....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 vagyon értékű jog megnevezése: haszonélvezeti, használati, földhasználati, lakáshasználati,
haszonbérleti, bérleti, jelzálogjogi, egyéb, (megfelelő aláhúzendó)
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

Berettyóújfalu Értelmi Fogyatékosok és Pszichiátriai Betegek Otthona
Nonprofit Kft
4100, Berettyóújfalu Mátyás utca 1.

1.

Kérelem a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez

Az ellátást igénybe vevő adatai:

Név:.....

Születési név:.....

Anyja neve:.....

Születési helye ideje:.....

Lakóhelye:.....

Tartózkodási helye:.....

Állampolgársága:.....

Bevándorol, letelepedett vagy menekült jogállása:.....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:.....

Cselekvőképessége:.....

Hozzá tartozó adatai:

Név:.....

Telefonszám.....

Lakóhely:.....

Elhelyezésemet:

--- Pszichiátriai betegek otthonába

--- Fogyatékos személyek otthonába

--- Idősek otthonába

--- Idősek gondozóházába kérem.

Dátum:.....

.....
Az ellátást igénybe vevő (törvényes
képviselő) aláírása