****

MAGYARORSZÁGI BAPTISTA EGYHÁZ

 **EMMAUS IDŐSEK OTTHONA**

4220 Hajdúböszörmény, Külső-hadházi utca.1. Pf.:122.

Tel: 52/561-160; Mobil: +36-20-886-0496

**IGÉNYLŐLAP**

**a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez**

**Magyarországi Baptista Egyház Emmaus Idősek Otthonába**

**4220 Hajdúböszörmény Külső-hadházi u. 1.**

**TEL: 06-52/561-160. E-mail: emmaus@baptist.hu**

1./ Az ellátást igénybe vevő neve:……………………………………………….

2./ Leánykori neve:………………………………………………………………

3./ Anyja neve:…………………………………………………………………..

4./ Születési hely/időpontja:……………………………………………………

4./ Állandó lakóhelye:…………………………………………………………..

5./ Telefonszám:………………………………………………………………..

6./ Tartózkodási helye:…………………………………………………………

 Értesítési cím:………………………………………………………………

7. Állampolgársága:…………………………………………………………….

8. / Bevándorolt, letelepedett vagy menekült, hontalan jogállása:……………

9./ TAJ szám: ……..…- ..……….…-…………..

10./ Tartására köteles személy neve: …………………………………………..

 Lakóhelye:…………………………………………………………..

 Telefonszáma:………………………………………………………

11./ Családi állapota (aláhúzással): hajadon, nőtlen, férjezett, nős, elvált, özvegy,

 különváltan él, élettárssal él.

12./ Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)

a, neve:……………………………………………………………………

b, leánykori neve:………………………………………………………..

c, lakcíme/tartózkodási helye ……………………………………………

d, telefonszáma:………………………………………………………….

13./ Gyermekei neve, lakcíme/tartózkodási helye, telefonszáma:

 ………………………………………………………………………………

 ………………………………………………………………………………

 ………………………………………………………………………………

 ………………………………………………………………………………

 ………………………………………………………………………………

 ………………………………………………………………………………

 ………………………………………………………………………………

 ……………………………………………………………………..............

14./ A kérelmező áll-e gondnokság alatt? igen nem

 ha igen a gondnok neve és címe, telefonszáma:…………………………..

 ……………………………………………………………………………

 …………………………………………………………………………..

15./ Tartási, életjáradéki szerződést kötött-e ? igen nem

16./ Milyen időtartamra kéri a szolgáltatást az ápolást-gondozást nyújtó

 Intézetben a, határozott

 b, határozatlan

 A kérelem indoklása:………………………………………………………...

 ……………………………………………………………………………….

 ……………………………………………………………………………….

17./ Soron kívüli elhelyezést igénylek, az alábbi indokaim alapján:……………..

 ……………………………………………………………………………….

 ……………………………………………………………………………….

 …………………………………………………………………………….

**A kérelem elbírálásához szükséges az alábbi iratok becsatolása:**

* jövedelmet igazoló legfrissebb szelvények (amennyiben nem tudja vállalni az intézményi térítési díj megfizetését)
* szakvélemény a demencia súlyossági fokának megállapításáról
* egy éven belüli zárójelentések másolata
* igazolás fogyatékossági támogatásról vagy a fogyatékosság megállapításáról
* rokkantság esetén a határozat fénymásolata
* gondnoki kirendelő határozat másolata
* eltartási szerződés másolata
* mellkas átvilágítás /1 éven belüli/
* negatív székleteredmény- 1 hónapon belüli
* két hetet meghaladó kórházi kezelés esetén: MRSA, MACI, MRK szűrés (legalább 2 negatív felszabadító eredmény)

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy az adatok a valóságnak megfelelnek. Tudomásul veszem, hogy a valótlan adatközlés esetén a beutalás nem valósítható meg, valamint az igénylő lap csak a szükséges igazolások becsatolásával érvényes.

Dátum:…………………………….

 ………………………………………………..

 igénylő vagy törvényes képviselője aláírása

**Egészségi állapotra vonatkozó adatok**

(a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)

1./ Esettörténet(előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan):

 …………………………………………………………………………………

2./ Teljes diagnózis (részletes felsorolása BNO kóddal):………………………...

 ………………………………………………………………………………..

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

 ………………………………………………………………………………..

4./ Ápolási-gondozási igények:…………………………………………………..

5./ Speciális diétára szorul-e?…………………………………………………….

6./ Szenvedélybetegségben szenved-e?…………………………………………..

7./ Pszichiátriai megbetegedésben szenved-e?……………………………………

8./ Szenved-e fogyatékosságban (típusa, mértéke):………………………………

 ………………………………………………………………………………...

9./ Idősotthoni ellátás esetén demenciában szenved-e?...........................................

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

…………………………………………………………………………………….

11./ Szenvedett-e fertőző betegségben 6 hónapon belül?…………………………

12. / Gyógyászati segédeszköz használatára szorul-e? nem - igen

 annak megnevezése……………………………………………………….....

13. / A háziorvos, kezelőorvos egyéb megjegyzései:…………………………….

 ………………………………………………………………………………

Dátum:

……………………………………

 orvos aláírása, P.H

**JÖVEDELEMNYILATKOZAT**

**Az ellátást kérelmező személyre 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)…………………………………………………………………………

**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 önként vállalja-e (a rovat kitöltése nem minősül tényleges vállalásnak):**

* **igen** – ebben az esetben a jövedelemnyilatkozat további részét és a

 „III. Vagyonnyilatkozat” 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

 (vagy törvényes képviselő) aláírása

VAGYONNYILATKOZAT

(tartós bentlakásos intézményi ellátás kérelmezése esetén kell kitölteni)

1. 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:**

1. **Pénzvagyon**
2. A nyilatkozó rendelkezésére álló készpénz összege:…………………………………………………………… Ft
3. 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:………………………………………………………………………………..

 ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. 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:……....m2, tulajdoni hányad………………a szerzés ideje:……………év

Becsült forgalmi érték:……………………………………………Ft

Haszonélvezeti joggal terhelt: igen/nem (a megfelelő rész aláhúzandó)

1. 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

1. 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

1. Termőföldtulajdon megnevezése:……………………………………………………………………………

Címe: …………………………………………………………………………………………

Helyrajzi száma:……………………….alapterülete:………………………m2, tulajdoni hányad:……………..

a szerzés ideje:…………………..év

Becsült forgalmi érték:………………………………………………………..Ft

1. 18. hónapon belül ingyenesen átruházott ingatlan címe………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Helyrajzi száma:…………………….alapterülete:………………………m2, tulajdoni hányad:……………….

az átruházás ideje:………………………év

Becsült forgalmi érték:……………………………………………………….Ft

1. 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

Megjegyzés.

Ha a nyilatkozó vagy kiskorú igénybe vevő esetén családtagja bármely vagyontárgyból egynél többel rendelkezik, akkor a vagyonnyilatkozat megfelelő pontját a vagyontárgyak számával egyezően kell kitölteni. Amennyiben a vagyonnyilatkozatban feltüntetett vagyon nem a Magyarország területén van, a forgalmi értéket a vagyon helye szerinti állam hivatalos pénznemében is fel kell tüntetni.

**Tájékoztató az egészségügyi dokumentációhoz való hozzáférésről és a gondozáshoz kapcsolódó információkról.**

Az **1997. évi CLIV**. törvény az egészségügyről **24. §**-a rendelkezik a személyre vonatkozó egészségügyi adatok megismerésének jogairól.

A betegnek joga van tájékoztatást kérni és megismerni az egészségügyi dokumentáció adatait.

A dokumentummal a szolgáltató, az adattal a beteg rendelkezik.

Cselekvőképtelen beteg dokumentációjába való betekintési jog a 16. § (1) bekezdés a) pontja szerint megnevezett cselekvőképes személyt, ilyen személy hiányában a törvényes képviselőt illeti meg.

***A beteg jogosult az adott betegségével kapcsolatos egészségügyi ellátásának ideje alatt az általa meghatározott személyt írásban felhatalmazni a rá vonatkozó egészségügyi dokumentációba való betekintésre, illetve arra, hogy azokról másolatot készíttessen.***

A beteg egészségügyi ellátásának befejezését követően csak a beteg által adott teljes bizonyító erővel rendelkező magánokiratban felhatalmazott személy jogosult az egészségügyi dokumentációba való betekintésre, és arról másolat készítésére.

A beteg életében, illetőleg halálát követően a jogszabályban meghatározott módon van lehetőség az adatok megismeréséhez.

Az egészségügyi adatokra vonatkozó tájékoztatást a beteg kezelőorvosa, illetve az egészségügyi szolgáltató orvos szakmai vezetője adja meg, az orvosi tájékoztatásra vonatkozó előírásoknak megfelelően, - szükség esetén - a kérelmező kezelőorvosával való szakmai konzultáció alapján.

A Tv. 24.§, 7 (bek) alapján, kérem az alábbiakban írásban megjelölni és aláírásával **meghatalmazni** azt a személyt, aki a Emmaus Idősek Otthonában történő gondozás ideje alatt jogosult az Ön **egészségügyi dokumentációjába betekinteni, illetve jogosult szóban tájékoztatást kérni/kapni a gondozásról, annak folyamatáról, az ellátott egészségügyi, fizikai, mentális állapotáról.**

**Az ellátás ideje alatt csak az írásban meghatalmazott személy kérhet/kaphat tájékoztatást!**

**Meghatalmazás, az egészségügyi dokumentációba való betekintéshez és a gondozáshoz kapcsolódó tájékozódáshoz.**

**Meghatalmazott neve:………………………………………………………………………...**

**Szül. hely, idő: ………………………………………………………………………………….**

**Anyja neve: …………………………………………………………………………………….**

**Lakcím: ………………………………………………………………………………………..**

**Telefon: ………………………………………………………………………………………..**

**Dátum: ……………………………………**

 **Meghatalmazó/ellátott/ aláírása**

**………………………………………….. ……………………………………**

**tanú tanú**

**Az adatkezelő a fent megadott adatok kezeléséhez kapcsolódóan az alábbiakról tájékoztatja az igénylőt:**

Az adatkezelő neve: MBE EMMAUS Idősek Otthona

Az adatkezelő elérhetősége: 4220 Hajdúböszörmény, Külső-hadházi utca 1.

Telefon: 52/561-160, 06 20 886 0496.

E-mail: emmaus@baptist.hu

Az adatkezelő képviselője: Bárdosné Révész Ágnes intézményvezető

Az adatvédelmi tisztviselő neve: Dr. Frank Edit

Az adatvédelmi tisztviselő elérhetősége: 06 30 280 6918, drfrankedit@t-email.hu

A megadott személyes adatok kezelésének célja:

Az adatkezelés célja az ellátást igénylő személlyel ellátási szerződés megkötése, valamint az 1993. évi III.tv. 20.§.(1). bekezdésében előírt adatszolgáltatási kötelezettség teljesítése.

Az adatkezelés jogalapja:

Az adatkezelés olyan szerződés teljesítéséhez szükséges, amelyben az érintett az egyik fél és az adatkezelés az adatkezelőre vonatkozó jogi kötelezettség teljesítéséhez szükséges.

A személyes adatok címzettjei:

Az adatkezelő illetékes munkatársai, valamint az 1993. évi III.tv. 20. § (2). bekezdése szerinti nyilvántartást vezető személyek.

A személyes adatok tárolásának időtartama:

Amennyiben az ellátásra vonatkozó szerződés létrejön, az adatok tárolása a szerződés fennállása alatt és a megszűnését követő 5 éven át történik. Amennyiben az ellátási szerződés nem jön létre, úgy az erről szóló döntést követően az adatok haladéktalanul törlésre kerülnek.

Tájékoztatjuk, hogy kérheti az Önre vonatkozó adatokhoz való hozzáférést, azok helyesbítését, törlését, vagy kezelésének korlátozását, és tiltakozhat az ilyen személyes adatok kezelése ellen, és joga van az adathordozhatósághoz.

Amennyiben úgy ítéli meg, hogy az adatkezeléshez kapcsolódóan jogsérelem érte, úgy panasszal fordulhat az adatvédelmi tisztviselőhöz. Jogában áll ezen kívül bírósági jogorvoslatot kérni, és panasszal élni a Nemzeti Adatvédelmi és Információs Hatóságnál. (1530 Budapest, Pf.5.)

A fenti személyes adatok szolgáltatása önkéntes, de az ellátást igénylő személyre vonatkozó ellátási szerződés megkötésének feltétele. Az adatok szolgáltatásának elmaradása esetén ellátási szerződés megkötése nem áll módunkban.

A fenti tájékoztatást megértettem, tudomásul veszem.

Dátum:…………………………………

Az ellátást igénybevevő, vagy törvényes képviselő aláírása:

…………………………………………………………….