*4.4./B. melléklet* a 3/2015.(II.27.) önkormányzati rendelethez

„B/1” Lap

KÉRELEM BETEGÁPOLÁSI PLUSZ TÁMOGATÁS IRÁNT

Alulírott kérem a BETEGÁPOLÁSI TÁMOGATÁSRA való jogosultság mellett a betegápolási plusz támogatás megállapítását fokozott ápolást igénylő hozzátartozóm gondozására való tekintettel.

Kérelmező neve:…………………………………………………………………………………

Kérelmező lakcíme:……………………………………………………………………………...

A megállapított betegápolási támogatás kezdete:……………………………………………….

Fokozott ápolást igénylő személy\* neve, lakcíme:……………………………………………..

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

Tájékoztatjuk, hogy a nyomtatványon megadott személyes adatokat az általános közigazgatási rendtartásról szóló 2016. évi CL. törvény 27. § (1) bekezdésében, a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 18. §-a, a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény 138. §-a és a Budapest Főváros II. Kerületi Önkormányzat Képviselő-testületének 3/2015. (II.27.) önkormányzati rendeletében meghatározott jogalappal, célból, körben, határideig és módon kezeljük.

Amennyiben Ön a megjelölt jogszabályokban megjelölteteken túl további személyes adatot is megad a fentiek szerint, úgy azokat – ellenkező bizonyításig – az a tényállás tisztázásához elengedhetetlenül szükséges más személyes adatoknak tekintjük. Ezen adatokra vonatkozóan Ön az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény szerinti hozzájárulását vélelmezzük, amellyel egyidejűleg nyilatkozik, hogy amennyiben harmadik fél adatait is megadja, úgy a megadott személyes adatok előttünk történő feltárására az érintettől megfelelő felhatalmazással rendelkezik.

A fenti tájékoztatást tudomásul veszem.

Dátum……………..…….. ……………………………...

Kérelmező aláírása

IGAZOLÁS FOKOZOTT ÁPOLÁST IGÉNYLŐ TARTÓSAN BETEGRŐL

(*beteg szakorvosa vagy háziorvosa tölti ki)*

Igazolom, hogy

Születési neve:

Születési helye, ideje:

Taj száma:

Anyja neve:

Lakcíme:

Fokozott ápolást igénylő tartós beteg, 3 hónapnál hosszabb ideig igényel ápolást.

Szakvéleményemet a rehabilitációs hatóság, rehabilitációs szakértői szerv vagy orvosszakértői szerv ……………………… számú szakhatósági állásfoglalása vagy a ………………………………………….. fekvőbeteg szakellátást nyújtó intézmény ……………………………..…………… vagy a szakrendelő intézet szakorvosa által kiadott ………………………. (keltű) igazolás/zárójelentés alapján állítottam ki.

A beteg egészségügyi állapota a 4 órás ápolási szükségletet eléri:  igen  nem *(megfelelőt kérjük bejelölni)*

Dátum:……………………………….

 *orvos aláírása PH*

\*Fokozott ápolást igénylő tartósan beteg személy az, aki mások segítsége nélkül önállóan nem képes:

a) étkezni, vagy

b) tisztálkodni, vagy

c) öltözködni, vagy

d) illemhelyet használni, vagy

e) lakáson belül – segédeszköz igénybevételével sem – közlekedni,

feltéve, hogy esetében az a)–e) pontokban foglaltak közül legalább három egyidejűleg fennáll, vagy

f) aki esetében a demencia olyan mértékű, hogy állandó felügyelet nélkül önmagára vagy környezetére nézve veszélyt jelenthet.