

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:.....

.....

Az ügyre vonatkozó adatkezelési tájékoztató megtalálható az Önkormányzat hivatalos honlapján (<https://masodikkerulet.hu/node/42014#letoltes>).

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.