

KÉRELEM ÉS ADATLAP

fogyatékos személyek otthonában, illetve ápoló-gondozó célú lakóotthonban történő elhelyezésre kerülő nagykorú fogyatékos személyek alapvizsgálatához vagy felülvizsgálatához (kérjük aláhúzni)

Kérelmező intézmény neve: _____

Intézmény típusa: _____

Az intézmény alapító okirat szerinti ellátotti körének felsorolása: _____

Intézmény ágazati azonosítója: _____

A kérelmező intézmény címe: _____

Telefon: _____ Fax: _____ E-mail: _____

Felülvizsgálatot kérelmező közeli hozzátartozó esetén (a hozzátartozóra vonatkozó adatokat kizárólag abban az esetben kell kitölteni, amennyiben a közeli hozzátartozó kezdeményezte a felülvizsgálatot):

Közeli hozzátartozó neve: _____

Rokonsági foka: _____

Közeli hozzátartozó címe: _____

Telefon: _____ Fax: _____ E-mail: _____

Igénylő adatai:

Név: _____

Születési név: _____

Születési hely, idő: _____, év: _____ hó: _____ nap: _____

Anyja neve: _____

TAJ szám: _____

Lakó/tartózkodási helyének címe: _____ irányítószám _____ település
_____ utca _____ hsz _____ em _____ ajtó

Ha intézményben (bentlakásos, átmeneti / lakó - vagy gondozó otthonban él, annak pontos neve): _____

Címe: _____ irányítószám _____ település
_____ utca _____ hsz _____ em _____ ajtó

Cselekvőképesség: _____

A gondnok/ törvényes képviselő neve: _____

Címe: _____ irányítószám _____ település
_____ utca _____ hsz _____ em _____ ajtó

Telefon: _____ E-mail: _____

Intézményi jogviszony kezdete: _____

Korábbi (előző) alapvizsgálat vagy felülvizsgálat időpontja: _____

Soron kívüli elhelyezést kér-e? (kérjük aláhúzni) **igen** **nem**

Ha igen, ennek indoka: _____

Igényelt ellátási forma: (kérjük aláhúzni)

fogyatékos személyek otthona,
fogyatékos személyek ápoló-gondozó célú lakóotthona.

***Diagnózis:** _____

***BNO kód:** _____

***Rövid kórelőzmény (szakorvosi lelet, zárójelentés) alapján:** _____

***Általános állapot:** _____

***Jellemzők - e agresszív megnyilvánulások?** (kérjük aláhúzni): **igen** **nem**

***Károsodott funkciók:** _____

Kelt:

PH:

intézmény orvosa vagy kezelőorvosa

intézményvezető

vizsgált személy és / vagy törvényes képviselő (közeli hozzátartozó, amennyiben a felülvizsgálatot a közeli hozzátartozó kezdeményezte)

* Az intézmény orvosa, vagy kezelőorvosa tölti ki

**** A kérelemhez csatolandó dokumentumok:**

- az ellátott azonosításához szükséges iratok másolata,
- a vizsgálat lefolytatásához szükséges, az ellátott egészségi, mentális állapotával kapcsolatos dokumentáció (12 hónapnál nem régebbi szakorvosi leletek, zárójelentések, fogyatékoság, illetve a betegség jellege szerinti szakorvosi vélemény, mely felülvizsgálat esetén lehet az intézmény orvosa által kiállított szakorvosi vélemény is),
- a fogyatékoságával összefüggő gyógypedagógiai és egyéb dokumentáció (pl. IQ teszt, MAWI mozaik próba, PAC teszt, igény szint vizsgálat stb.),
- az ellátott egyéni gondozási terve, egyéni fejlesztési terve, – ha ezeket a vizsgálat kezdeményezésének időpontjában még nem kell elkészíteni – az előgondozás dokumentációja,
- a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybeviteléről szóló 9/1999.(XI. 24.) SzCsM rendelet 1. számú melléklete szerinti, az ellátott egészségi állapotára vonatkozó igazolás (kizárólag alapvizsgálat esetén).

A kitöltött „Kérelem és adatlap”-ot az ellátást igénylő lakóhelye vagy tartózkodási helye szerint illetékes NRSZH Szakértői Koordinációs és Jogi Főosztály területi működési helyének címére kell eljuttatni.