

ADATLAP (KÉRELEM)

a fogyatékos személyek alapvizsgálatáról, a rehabilitációs alkalmassági vizsgálatról, továbbá a szociális intézményekben ellátott személyek állapotának felülvizsgálatáról szóló 92/2008 (IV.23.) Korm. rendelet szerinti vizsgálat kezdeményezéséhez

alapvizsgálatához¹: fogyatékos, személyek otthonában, ápoló- gondozó célú lakóotthonában, fogyatékos személyek rehabilitációs célú lakóotthonában, támogatott lakhatásban, illetve a fogyatékos személyek rehabilitációs intézményében ellátott.

felülvizsgálatához: fogyatékos, pszichiátriai és szenvedélybetegek ápolást, gondozást nyújtó intézményében, fogyatékos személyek ápoló-gondozó célú lakóotthonában ellátott, fogyatékos személy, rehabilitációs intézményben, rehabilitációs célú lakóotthonában ellátott.

1. Szociális intézményi adatok

Kérelmező intézmény neve: **Liget Otthon Fogyatékos Személyek Ápoló, Gondozó Otthona**

Intézmény típusa: **ápoló, gondozó otthon, lakóotthon**

Az intézmény működési engedélye szerinti ellátottak célcsoportjának felsorolása: **fogyatékos személyek**

Az intézmény ágazati azonosítója: **S0018213**

A kérelmező intézmény címe: **5000 Szolnok, Liget u. 27.**

Elérhetősége: Tel.: **3656421410**

Email: **ligetgazdasag@gmail.hu**

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:

Elérhetősége: Telefon: Email:

2. A vizsgálattal érintett igénylő személyes adatai

Név:

Születési név:

Születési hely/idő:

Anyja születési neve:

Az igénylő TAJ száma:

Állandó lakcím/ tartózkodási helyének címe:

Ha intézményben él, annak pontos neve:

Címe:

Elérhetősége:

Telefon:

Email:

Típusa:

Intézményi jogviszony kezdete:

¹ A megfelelő rész aláhúzendő.

A vizsgálatot kérő személy: gondnokság alatt áll-e?

Igen

Nem

A gondnokság formája:

Ügycsoport korlátozások:

Amennyiben igen, a gondnok/törvényes képviselő neve:

Címe:

Elérhetősége: Telefon:

Email:

3. A vizsgálatához szükséges egyéb információk

A korábbi (előző) alapvizsgálat vagy felülvizsgálat időpontja:

Soron kívüli elhelyezést kér-e? (kérjük aláhúzni)

igen

nem

Ha igen, ennek rövid indoklása:

.....
.....
.....

4. A vizsgált személy állapotára vonatkozó információk

Segédeszközt használ-e?

igen

nem

Milyen segédeszközt? (pl: hallókészülék, tám bot, szemüveg stb.)

Önálló helyváltoztatásra képes-e az igénylő? igen

5. A vizsgálat típusa

Alapvizsgálat kérése az alábbi intézményi elhelyezéshez²:

fogyatékos személyek otthona, ápoló- gondozó otthona

ápoló- gondozó célú lakóotthon

fogyatékos személyek rehabilitációs célú lakóotthona

támogatott lakhatás

fogyatékos személyek rehabilitációs intézménye (kérjük a megfelelőt aláhúzni)

Felülvizsgálat kérése az alábbi intézmény részéről:

fogyatékos személyek otthona, ápoló - gondozó otthona

pszichiátriai ápolást, gondozást nyújtó intézménye

szenvédélybetegek ápolást, gondozást nyújtó intézménye

fogyatékos személyek ápoló-gondozó célú lakóotthona

rehabilitációs intézmény

rehabilitációs célú lakóotthon (kérjük a megfelelőt aláhúzni)

Az ellátás:

határozott idejű

határozatlan idejű

² A megfelelő rész aláhúzendő.

A vizsgált személy egészségi állapotára/fogyatékoságára vonatkozó orvosi vélemény

A kérelmező háziorvosa orvosa tölti ki.

Diagnózis/BNO/ kód:

.....
.....
.....
.....

Rövid kórelőzmény (szakorvosi lelet, zárójelentés) alapján:

.....
.....
.....
.....

Általános állapot:

.....
.....
.....
.....

Károsodott funkciók:

.....
.....
.....
.....

Egyéb megjegyzés/javaslat:

.....
.....
.....
.....

PH:

.....

intézmény orvosa / kezelőorvos aláírása és
pecsétje

Dátum:

A vizsgálati kérelemhez az alábbi dokumentumok kerültek csatolásra: (kérjük felsorolni)

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

elhelyezést igénylő és/vagy törvényes képviselője

Dátum:

PH.

intézményvezető

A kérelemhez csatolandó dokumentumok:

- Az ellátott azonosításához szükséges iratok másolata, (Személyazonosító Igazolvány másolata, Lakcímet Igazoló Hatósági Igazolvány másolata, Társadalombiztosítási azonosító jele).
- 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, 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 ezek a vizsgálat kezdeményezésének időpontjában még nem kell elkészíteni – az előgondozás dokumentációja.
- Az ellátott egyéni rehabilitációs programja, illetve – ha ezek a vizsgálat kezdeményezésének időpontjában még nem kell elkészíteni – az előgondozás dokumentációja, (kizárólag felülvizsgálat esetén).
- A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételeéről szóló 9/1999.(XI.24.) SZCSM rendelet 1. számú melléklete szerint, az ellátott egészségi állapotára vonatkozó igazolás (kizárólag alapvizsgálat esetén).
- A fogyatékoságról vagy az egészségkárosodásról kiadott hatósági határozat, szakhatósági állásfoglalás vagy szakvélemény másolata.

Amennyiben a vizsgálati adatlap kitöltésével kapcsolatosan kérdése, észrevétele van, kérem szíveskedjen a szakerto@rehab.bfkh.gov.hu e-mail címen jelezni, "Alapvizsgálat/ Felülvizsgálat" megjelölésével.