

Nyíradony Város Önkormányzata Képviselő-testületének 2/2023. (II. 28.) önkormányzati rendelete

a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátásokról, azok igénybevételéről és a fizetendő térítési díjakról szóló 8/2020. (III.27.) önkormányzati rendelet módosításáról

Nyíradony Város Önkormányzatának Képviselő-testülete a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 92. § (1) bekezdés b) pontjában, a 92. § (2) bekezdésében és a 132. § (4) bekezdés d) pontjában kapott felhatalmazás alapján, az Alaptörvény 32. cikk (1) bekezdés a) pontjában, a Magyarország helyi önkormányzatairól szóló 2011. évi CLXXXIX. törvény 13. § (1) bekezdés 8a. pontjában biztosított feladatkörében eljárva, figyelemmel a Nyíradonyi Szociális és Gyermekjóléti Társulás Társulási Megállapodás II. Fejezet 5. pontjában foglaltakra Álmosd Község, Bagamér Nagyközség, Fülöp Község, Hajdúsámson Város, Nyíracsad Község, Nyírábrány Nagyközség, Nyírmártonfalva Község, és Újléta Község önkormányzatai képviselő-testületének hozzájárulásával a Nyíradony Város Önkormányzata Képviselő-testülete a Nyíradony Város Önkormányzata és Szervei Szervezeti és Működési Szabályzatáról (a továbbiakban: SzMSz.) szóló 24/2019. (X.18.) önkormányzati rendelet 3. számú melléklet (2) bekezdés b) pontjában biztosított véleményezési jogkörében eljáró Pénzügyi, Gazdasági, Ügyrendi és Összeférhetlenségi Bizottság, az SzMSz. 5. számú melléklet (1) bekezdés d) pontjában biztosított véleményezési jogkörében eljáró Szociális és Egészségügyi Bizottság véleményének kikérésével következőket rendeli el:

1. §

A Nyíradony Város Önkormányzata Képviselő-testületének a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátásokról, azok igénybevételéről és a fizetendő térítési díjakról szóló 8/2020. (III.27.) önkormányzati rendelete című 8/2020.(III.27.) önkormányzati rendelet bevezető része helyébe a következő rendelkezés lép:

„Nyíradony Város Önkormányzatának Képviselő-testülete a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 92. § (1) bekezdés b) pontjában, a 92. § (2) bekezdésében és a 132. § (4) bekezdés d) pontjában kapott felhatalmazás alapján, az Alaptörvény 32. cikk (1) bekezdés a) pontjában, a Magyarország helyi önkormányzatairól szóló 2011. évi CLXXXIX. törvény 13. § (1) bekezdés 8a. pontjában biztosított feladatkörében eljárva, figyelemmel a Nyíradonyi Szociális és Gyermekjóléti Társulás Társulási Megállapodás II. Fejezet 5. pontjában foglaltakra Álmosd Község, Bagamér Nagyközség, Fülöp Község, Hajdúsámson Város, Nyíracsad Község, Nyírábrány Nagyközség, Nyírmártonfalva Község, és Újléta Község önkormányzatai képviselő-testületének hozzájárulásával a Nyíradony Város Önkormányzata Képviselő-testülete a Nyíradony Város Önkormányzata és Szervei Szervezeti és Működési Szabályzatáról (a továbbiakban: SzMSz.) szóló 24/2019. (X.18.) önkormányzati rendelet 3. számú melléklet (2) bekezdés b) pontjában biztosított véleményezési jogkörében eljáró Pénzügyi, Gazdasági, Ügyrendi és Összeférhetlenségi Bizottság, az SzMSz. 5. számú melléklet (1) bekezdés d) pontjában biztosított véleményezési jogkörében eljáró Szociális és Egészségügyi Bizottság véleményének kikérésével következőket rendeli el:”

2. §

A Nyíradony Város Önkormányzata Képviselő-testületének a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátásokról, azok igénybevételéről és a fizetendő térítési díjakról szóló 8/2020. (III.27.) önkormányzati rendelete című 8/2020.(III.27.) önkormányzati rendelet 3. § (3) bekezdés c) pontja helyébe a következő rendelkezés lép:

(A Szociális Központ a következő szociális alapszolgáltatásokról az alábbi ellátási területen gondoskodik:)

„c) jelzőrendszeres házi segítségnyújtás: Hajdúsámson, Nyírábrány, Nyíracsád, Nyíradony és Fülöp;”

3. §

A Nyíradony Város Önkormányzata Képviselő-testületének a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátásokról, azok igénybevételéről és a fizetendő térítési díjakról szóló 8/2020. (III.27.) önkormányzati rendelete című 8/2020.(III.27.) önkormányzati rendelet 11. § (2) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(2) A kérelemhez – a kérelemben feltüntetett adatok azonosítása érdekében be kell mutatni az érvényes személyazonosító igazolványt, lakcímet igazoló hatósági igazolványt, valamint a Társadalombiztosítási Azonosító jelet (a továbbiakban: TAJ-kártyát).”

4. §

(1) A Nyíradony Város Önkormányzata Képviselő-testületének a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátásokról, azok igénybevételéről és a fizetendő térítési díjakról szóló 8/2020. (III.27.) önkormányzati rendelete című 8/2020.(III.27.) önkormányzati rendelet 1. melléklete helyébe az 1. melléklet lép.

(2) A Nyíradony Város Önkormányzata Képviselő-testületének a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátásokról, azok igénybevételéről és a fizetendő térítési díjakról szóló 8/2020. (III.27.) önkormányzati rendelete című 8/2020.(III.27.) önkormányzati rendelet 2. melléklete helyébe a 2. melléklet lép.

(3) A Nyíradony Város Önkormányzata Képviselő-testületének a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátásokról, azok igénybevételéről és a fizetendő térítési díjakról szóló 8/2020. (III.27.) önkormányzati rendelete című 8/2020.(III.27.) önkormányzati rendelet 3. melléklete helyébe a 3. melléklet lép.

(4) A Nyíradony Város Önkormányzata Képviselő-testületének a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátásokról, azok igénybevételéről és a fizetendő térítési díjakról szóló 8/2020. (III.27.) önkormányzati rendelete című 8/2020.(III.27.) önkormányzati rendelet 4. melléklete helyébe a 4. melléklet lép.

(5) A Nyíradony Város Önkormányzata Képviselő-testületének a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátásokról, azok igénybevételéről és a fizetendő térítési díjakról szóló 8/2020. (III.27.) önkormányzati rendelete című 8/2020.(III.27.) önkormányzati rendelet 5. melléklete helyébe az 5. melléklet lép.

(6) A Nyíradony Város Önkormányzata Képviselő-testületének a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátásokról, azok igénybevételéről és a fizetendő térítési díjakról szóló 8/2020. (III.27.) önkormányzati rendelete című 8/2020.(III.27.) önkormányzati rendelet 6. melléklete helyébe a 6. melléklet lép.

(7) A Nyíradony Város Önkormányzata Képviselő-testületének a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátásokról, azok igénybevételéről és a fizetendő térítési díjakról szóló 8/2020. (III.27.) önkormányzati rendelete című 8/2020.(III.27.) önkormányzati rendelet 7. melléklete helyébe a 7. melléklet lép.

(8) A Nyíradony Város Önkormányzata Képviselő-testületének a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátásokról, azok igénybevételéről és a fizetendő térítési díjakról szóló 8/2020. (III.27.) önkormányzati rendelete című 8/2020.(III.27.) önkormányzati rendelet 8. melléklete helyébe a 8. melléklet lép.

(9) A Nyíradony Város Önkormányzata Képviselő-testületének a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátásokról, azok igénybevételéről és a fizetendő térítési díjakról szóló 8/2020. (III.27.) önkormányzati rendelete című 8/2020.(III.27.) önkormányzati rendelet 9. melléklete helyébe a 9. melléklet lép.

(10) A Nyíradony Város Önkormányzata Képviselő-testületének a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátásokról, azok igénybevételéről és a fizetendő térítési díjakról szóló 8/2020. (III.27.) önkormányzati rendelete című 8/2020.(III.27.) önkormányzati rendelet 10. melléklete helyébe a 10. melléklet lép.

(11) A Nyíradony Város Önkormányzata Képviselő-testületének a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátásokról, azok igénybevételéről és a fizetendő térítési díjakról szóló 8/2020. (III.27.) önkormányzati rendelete című 8/2020.(III.27.) önkormányzati rendelet 11. melléklete helyébe a 11. melléklet lép.


5. §

Ez a rendelet 2023. április 1-jén lép hatályba.

Nyíradony, 2023. február 27.


Tasó Béla
polgármester




Dr. Mezei-Czifra Bernadett
jegyző

Záradék:

A rendelet kihirdetése a hivatalban lévő hirdető táblára történő kifüggesztéssel megtörtént.

A rendelet a 2023. február 28. napján kihirdetésre került.


Dr. Mezei-Czifra Bernadett
jegyző

„1. melléklet

**A Nyíradonyi Szociális és Gyermejjóléti Szolgáltatási Központ
székhelye, telephelyei, ellátottak számára nyitva álló egyéb
helyiségei, valamint a nyújtott szociális szolgáltatások**

Cím	Helyiség	Nyújtott szolgáltatások
4254 Nyíradony, Dózsa György utca 5.	székhely	étkeztetés családsegítés házi segítségnyújtás jelzőrendszeres házi segítségnyújtás támogató szolgáltatás tanyagondnoki szolgáltatás
4251 Hajdúsámson, Rákóczi utca 9.	telephely	étkeztetés családsegítés házi segítségnyújtás jelzőrendszeres házi segítségnyújtás idősek nappali ellátása tanyagondnoki szolgáltatás
4285 Álmosd, Rákóczi utca 2/c	ellátottak számára nyitva álló egyéb helyiség	családsegítés
4266 Fülöp, Arany János utca 21.	ellátottak számára nyitva álló egyéb helyiség	étkeztetés családsegítés házi segítségnyújtás támogató szolgáltatás jelzőrendszeres házi segítségnyújtás
4262 Nyíraczád, Kassai utca 4.	ellátottak számára nyitva álló egyéb helyiség	étkeztetés családsegítés házi segítségnyújtás jelzőrendszeres házi segítségnyújtás
4264 Nyírábrány, Hajnal utca 2.	ellátottak számára nyitva álló egyéb helyiség	étkeztetés családsegítés házi segítségnyújtás jelzőrendszeres házi segítségnyújtás
4288 Újléta, Kossuth utca 20.	ellátottak számára nyitva álló egyéb helyiség	étkeztetés házi segítségnyújtás családsegítés

„2. melléklet

(A melléklet szövegét a(z) 2.melléklet.pdf elnevezésű fájl tartalmazza.)”

Nyíradonyi Szociális és Gyermekjóléti Szolgáltatási Központ

4254 Nyíradony, Dózsa Gy. u. 5. Tel/Fax: 52/204-324

E-mail: szocialiskozpont@nyiradony.hu

**HÁZIORVOSI / SZAKORVOSI
IGAZOLÁS
ÉTKEZTETÉS IGÉNYBEVÉTELEHEZ**
(házi orvos, kezelő orvos tölti ki)

Név (születési név): _____

Lakóhely: _____

Tartózkodási hely (ha van): _____

Társadalombiztosítási Azonosító Jel: _____

Mint fent nevezett személy kezelőorvosa **igazolom, hogy krónikus vagy akut megbetegedése miatt önmaga ellátásáról nem tud gondoskodni, ezért indokolt számára az étkeztetés biztosítása.**

Az étkeztetés biztosítását az alábbi időtartamra javaslom:

határozatlan időre

határozott időre: -ig

Javaslom, hogy az intézményvezető **külön eljárás nélkül soron kívül** biztosítsa a szolgáltatást, mivel az igénybe vevő

életét, testi épségét, egészségi állapotát az ellátás elmaradása veszélyeztetné,

önmaga ellátására teljesen képtelen, és nincs olyan hozzátartozója, aki ellátásáról gondoskodna.

Dátum: _____

P. H.

Házi orvos / Szakorvos aláírása

„3. melléklet

(A melléklet szövegét a(z) 3.melléklet.pdf elnevezésű fájl tartalmazza.)”

Nyíradonyi Szociális és Gyermekjóléti Szolgáltatási Központ

4254 Nyíradony, Dózsa Gy. u. 5. Tel/Fax: 52/204-324

E-mail: szocialiskozpont@nyiradony.hu

SZAKORVOSI IGAZOLÁS ÉTKEZTETÉS IGÉNYBEVÉTELEHEZ

(pszichiáter vagy neurológus szakorvos tölti ki)

Név (születési név): _____

Születési hely, idő: _____

Lakóhely: _____

Tartózkodási hely (ha van): _____

Társadalombiztosítási Azonosító Jel: _____

Mint fent nevezett személy kezelőorvosa **igazolom, hogy pszichiátriai betegségben szenved, de fekvőbeteg gyógyintézeti kezelést nem igényel, azonban betegségére tekintettel rendszeres kontrollvizsgálatra szorul, és a kontrollvizsgálatokon részt is vesz.**

Fentiekre tekintettel indokolt számára az étkeztetés biztosítása.

Az étkeztetés biztosítását az alábbi időtartamra javaslom:

határozatlan időre

határozott időre: -ig

Dátum: _____

P. H.

Szakorvos aláírása

„4. melléklet

(A melléklet szövegét a(z) 4.melléklet.pdf elnevezésű fájl tartalmazza.)”

Nyíradonyi Szociális és Gyermejjóléti Szolgáltatási Központ

4254 Nyíradony, Dózsa Gy. u. 5. Tel/Fax: 52/204-324

E-mail: szocialiskozpont@nyiradony.hu

**SZAKORVOSI
IGAZOLÁS
ÉTKEZTETÉS IGÉNYBEVÉTELEHEZ**
(addiktológus vagy pszichiáter szakorvos tölti ki)

Név (születési név): _____

Születési hely, idő: _____

Lakóhely: _____

Tartózkodási hely (ha van): _____

Társadalombiztosítási Azonosító Jel: _____

Mint fent nevezett személy kezelőorvosa **igazolom, hogy szenvedélybetegségben szenved, de fekvőbeteg gyógyintézeti kezelést nem igényel, azonban betegségére tekintettel rendszeres kontrollvizsgálatra szorul, és a kontrollvizsgálatokon részt is vesz.**

Fentiekre tekintettel indokolt számára az étkeztetés biztosítása.

Az étkeztetés biztosítását az alábbi időtartamra javaslom:

határozatlan időre

határozott időre: -ig

Dátum: _____

P. H.

Szakorvos aláírása

„5. melléklet

(A melléklet szövegét a(z) 5.melléklet.pdf elnevezésű fájl tartalmazza.)”

Nyíradonyi Szociális és Gyermekjóléti Szolgáltatási Központ

4254 Nyíradony, Dózsa Gy. u. 5.

Tel/Fax: 52/204-324; 52/593-073

E-mail: szocialiskozpont@nyiradony.hu

KÉRELEM

szociális étkeztetés igénybevételéhez

1. Az ellátást igénybe vevő személy adatai:

Név:

Születési neve:

Anyja születési neve:

Születési helye, időpontja:

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Értesítési címe:

Telefonszáma:

Állampolgársága:

(Bevándorolt, letelepedett vagy menekült, hontalan jogállása, a szabad mozgás és tartózkodás jogára vonatkozó adat)

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Cselekvőképessége:.....

Törvényes képviselő:

Neve, születési neve:.....

Születési helye, ideje:.....

Lakóhelye:.....

Értesítési címe:.....

Értesítendő hozzátartozó:

Neve, születési neve:.....

Születési helye, ideje:.....

Lakóhelye:.....

Értesítési címe:.....

2. Az alábbi jogosultsági feltétel alapján kérem az étkeztetést:

korom alapján (65. életévemet betöltöttem)

egészségi állapotomra tekintettel:

rokkantsági ellátásban részesülök

rokkantsági járadékban részesülök

rehabilitációs ellátásban részesülök

egészségkárosodási és gyermekfelügyeleti támogatásban részesülök

súlyos mozgáskorlátozott vagyok

krónikus vagy akut megbetegedésemre tekintettel

fogyatékkal élőnek minősülök:

fogyatékosági támogatásban részesülök
vakok személyi járadékában részesülök
magasabb összegű családi pótlékban részesülök
pszichiátriai betegségekre tekintettel
szenvedélybetegségekre tekintettel
hajléktalan vagyok

A kérelemhez mellékelni szükséges a jogosultsági feltételt igazoló dokumentum másolatát!

Nyilatkozom, hogy

- a) fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelésben nem részesülök;
- b) tartós vagy átmeneti szakosított ellátást (idősek otthona, időskorúak gondozóháza, fogyatékos személyek otthona, szenvedélybetegek otthona, pszichiátriai betegek otthona, stb.) nem veszek igénybe;
- c) népkonyhai szolgáltatásban nem részesülök.

3. Az ellátás igénybevételére vonatkozó adatok:

A szolgáltatás biztosítását az alábbi időponttól kérem:

A szolgáltatás biztosítását az alábbi gyakorisággal kérem:

naponta hetente hetente 1-2 alkalommal havonta 1-2 alkalommal

Az étkeztetés biztosítását az alábbi módon kérem:

elvitellel kiszállítással helyben étkezéssel

Diétás étkezést nem igénylek igénylek (orvosi javaslatot szükséges mellékelni)

Egyéb megjegyzések az ellátással kapcsolatban:

.....

Kelt:

.....
ellátást igénybe vevő és/vagy törvényes
képviselő aláírása

„6. melléklet

(A melléklet szövegét a(z) 6.melléklet.pdf elnevezésű fájl tartalmazza.)”

Nyíradonyi Szociális és Gyermejjóléti Szolgáltatási Központ

4254 Nyíradony, Dózsa Gy. u. 5.

Tel/Fax: 52/204-324; 52/593-073

E-mail: szocialiskozpont@nyiradony.hu

KÉRELEM

házi segítségnyújtás igénybevételéhez

1. Az ellátást igénybe vevő személy adatai:

Név:

Születési neve:

Anyja születési neve:

Születési helye, időpontja:

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Értesítési címe:

Telefonszáma:

Állampolgársága:

(Bevándorolt, letelepedett vagy menekült, hontalan jogállása, a szabad mozgás és tartózkodás jogára vonatkozó adat)

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Cselekvőképessége:.....

Törvényes képviselő:

Neve, születési neve:.....

Születési helye, ideje:.....

Lakóhelye:.....

Értesítési címe:.....

Értesítendő hozzátartozó:

Neve, születési neve:.....

Születési helye, ideje:.....

Lakóhelye:.....

Értesítési címe:.....

2. Az ellátás igénybevételére vonatkozó adatok:

A szolgáltatás biztosítását az alábbi időponttól kérem:

Milyen típusú szolgáltatást igényel:

- gondozás
- háztartási segítségnyújtás
- egyéb, éspedig:.....

A szolgáltatás biztosítását az alábbi gyakorisággal kérem:

naponta hetente hetente 1-2 alkalommal havonta 1-2 alkalommal

Házi segítségnyújtás igénylése esetén a kérelemhez csatolni kell:

- Egészségi állapotra vonatkozó igazolást, vagy a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás ideje alatt, illetve annak megszűnését követő 30 napon belül történő igénylésnél a kórházi zárójelentést,
- az Értékelő adatlapot a háziorvos, vagy a kezelőorvos, vagy a fekvőbeteg intézmény orvosa által kitöltve, aláírva,
- jövedelemnyilatkozat (amennyiben a fenntartó térítési díjat határozza meg)

Egyéb megjegyzések az ellátással kapcsolatban:

.....

.....

Kelt:

.....
ellátást igénybe vevő és/vagy törvényes
képviselő aláírása

„7. melléklet

(A melléklet szövegét a(z) 7.melléklet.pdf elnevezésű fájl tartalmazza.)”

Nyíradonyi Szociális és Gyermejjóléti Szolgáltatási Központ

4254 Nyíradony, Dózsa Gy. u. 5.

Tel/Fax: 52/204-324; 52/593-073

E-mail: szocialiskozpont@nyiradony.hu

KÉRELEM

jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételéhez

1. Az ellátást igénybe vevő személy adatai:

Név:

Születési neve:

Anyja születési neve:

Születési helye, időpontja:

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Értesítési címe:

Telefonszáma:

Állampolgársága:

(Bevándorolt, letelepedett vagy menekült, hontalan jogállása, a szabad mozgás és tartózkodás jogára vonatkozó adat)

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Cselekvőképessége:.....

Törvényes képviselő:

Neve, születési neve:.....

Születési helye, ideje:.....

Lakóhelye:.....

Értesítési címe:.....

Értesítendő hozzátartozó:

Neve, születési neve:.....

Születési helye, ideje:.....

Lakóhelye:.....

Értesítési címe:.....

2. Az alábbi jogosultsági feltétel alapján kérem a szolgáltatást:

egyedül élő 65 év feletti személy,

egyedül élő súlyosan fogyatékos vagy pszichiátriai beteg személy, vagy

kétszemélyes háztartásban élő 65 év feletti, illetve súlyosan fogyatékos vagy pszichiátriai beteg személy, ha egészségi állapota indokolja a szolgáltatás folyamatos biztosítását.

A kérelemhez mellékelni szükséges a jogosultsági feltételt igazoló dokumentum másolatát!

3. Az ellátás igénybevételére vonatkozó adatok:

A szolgáltatás biztosítását az alábbi időponttól kérem:

Egyéb megjegyzések az ellátással kapcsolatban:

.....

.....

Kelt:

.....
ellátást igénybe vevő és/vagy törvényes
képviselő aláírása

„8. melléklet

(A melléklet szövegét a(z) 8.melléklet.pdf elnevezésű fájl tartalmazza.)”

Nyíradonyi Szociális és Gyermekjóléti Szolgáltatási Központ

4254 Nyíradony, Dózsa Gy. u. 5.

Tel/Fax: 52/204-324; 52/593-073

E-mail: szocialiskozpont@nyiradony.hu

KÉRELEM

támogató szolgáltatás igénybevételéhez

1. Az ellátást igénybe vevő személy adatai:

Név:

Születési neve:

Anyja születési neve:

Születési helye, időpontja:

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Értesítési címe:

Telefonszáma:

Állampolgársága:

(Bevándorolt, letelepedett vagy menekült, hontalan jogállása, a szabad mozgás és tartózkodás jogára vonatkozó adat)

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Cselekvőképessége:.....

Törvényes képviselő:

Neve, születési neve:.....

Születési helye, ideje:.....

Lakóhelye:.....

Értesítési címe:.....

Értesítendő hozzátartozó:

Neve, születési neve:.....

Születési helye, ideje:.....

Lakóhelye:.....

Értesítési címe:.....

2. Az alábbi jogosultsági feltétel alapján kérem a támogató szolgáltatás biztosítását:

fogyatékosági támogatásban részesülök

vakok személyi járadékában részesülök

magasabb összegű családi pótlékban részesülök

A kérelemhez mellékelni szükséges a jogosultsági feltételt igazoló dokumentum másolatát!

3. Az ellátás igénybevételére vonatkozó adatok:

A szolgáltatás biztosítását az alábbi időponttól kérem:

Milyen típusú segítséget igényel:

személyi segítő szolgáltatás

szállító szolgáltatás

A személyi segítő szolgáltatás biztosítását az alábbi gyakorisággal kérem:

naponta

hetente

hetente 1-2 alkalommal

havonta 1-2 alkalommal

A szállító szolgáltatás biztosítását az alábbi gyakorisággal kérem:

naponta

hetente

hetente 1-2 alkalommal

havonta 1-2 alkalommal

Egyéb megjegyzések az ellátással kapcsolatban:

.....

Kelt:

.....
ellátást igénybe vevő és/vagy törvényes
képviselő aláírása

„9. melléklet

(A melléklet szövegét a(z) 9.melléklet.pdf elnevezésű fájl tartalmazza.)”

Nyíradonyi Szociális és Gyermekjóléti Szolgáltatási Központ

4254 Nyíradony, Dózsa Gy. u. 5.

Tel/Fax: 52/204-324; 52/593-073

E-mail: szocialiskozpont@nyiradony.hu

KÉRELEM

idősek nappali ellátása igénybevételéhez

1. Az ellátást igénybe vevő személy adatai:

Név:

Születési neve:

Anyja születési neve:

Születési helye, időpontja:

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Értesítési címe:

Telefonszáma:

Állampolgársága:

(Bevándorolt, letelepedett vagy menekült, hontalan jogállása, a szabad mozgás és tartózkodás jogára vonatkozó adat)

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Cselekvőképessége:.....

Törvényes képviselő:

Neve, születési neve:.....

Születési helye, ideje:.....

Lakóhelye:.....

Értesítési címe:.....

Értesítendő hozzátartozó:

Neve, születési neve:.....

Születési helye, ideje:.....

Lakóhelye:.....

Értesítési címe:.....

2. Az ellátás igénybevételére vonatkozó adatok:

A szolgáltatás biztosítását az alábbi időponttól kérem:

A szolgáltatás biztosítását az alábbi gyakorisággal kérem:

naponta hetente hetente 1-2 alkalommal havonta 1-2 alkalommal

Milyen típusú szolgáltatást igényel:

- tanácsadás
- készségfejlesztés
- háztartást pótló segítségnyújtás
- felügyelet
- gondozás
- közösségi fejlesztés

Egyéb megjegyzések az ellátással kapcsolatban:
.....
.....

Kelt:

.....
ellátást igénybe vevő és/vagy törvényes
képviselő aláírása

„10. melléklet

(A melléklet szövegét a(z) 10.melléklet.pdf elnevezésű fájl tartalmazza.)”

A Nyíradonyi Szociális és Gyermekjóléti Szolgáltatási Központ intézményi térítési díjai

ÉTKEZTETÉS

(az étkeztetés esetében az intézményi térítési díjak az Áfát nem tartalmazzák)

NYÍRADONY

- Intézményi térítési díj kiszállítással: 865 Ft/nap
- Intézményi térítési díj kiszállítással nélkül: 710 Ft/nap

HAJDÚSÁMSON

- Intézményi térítési díj kiszállítással: 785 Ft/nap
- Intézményi térítési díj kiszállítással nélkül: 625 Ft/nap

FÜLÖP

- Intézményi térítési díj: 615 Ft/nap

NYÍRACSÁD

- Intézményi térítési díj kiszállítással: 575 Ft/nap
- Intézményi térítési díj kiszállítással nélkül: 505 Ft/nap

NYÍRÁBRÁNY

- Intézményi térítési díj kiszállítással: 755 Ft/nap
- Intézményi térítési díj kiszállítással nélkül: 675 Ft/nap

ÚJLÉTA

- Intézményi térítési díj kiszállítással: 700 Ft/nap
- Intézményi térítési díj kiszállítással nélkül: 645 Ft/nap

A rendelet 14. § (2) bekezdése alapján meghatározott térítési díj kedvezmények az étkeztetés esetében:

A szolgáltatást igénybe vevő rendszeres havi jövedelme (Ft)	Térítési díj kedvezmény mértéke
57.000 alatt	45 %
57.001 – 85.500	30 %
85.501 – 114.000	10 %

HÁZI SEGÍTSÉGNYÚJTÁS

Intézményi térítési díj: 200 Ft/óra

A rendelet 14. § (2) bekezdése alapján meghatározott térítési díj kedvezmények:

A szolgáltatást igénybe vevő rendszeres havi jövedelme (Ft)	Térítési díj kedvezmény mértéke
57.000 alatt	75 %

57.001 – 85.500	50 %
85.501 – 114.000	25 %

A hajdúsámsoni lakóhellyel rendelkező ellátottak esetében a házi segítségnyújtás óradíja: 0 Ft/óra.

TÁMOGATÓ SZOLGÁLTATÁS

Személyi segítség intézményi térítési díj: 200 Ft/óra

Szállítási intézményi térítési díj: 60 Ft/km

A rendelet 14. § (2) bekezdése alapján meghatározott térítési díj kedvezmények:

A szolgáltatást igénybe vevő rendszeres havi jövedelme (Ft)	Térítési díj kedvezmény mértéke
57.000 alatt	75 %
57.001 – 85.500	50 %
85.501 – 114.000	25 %

A hajdúsámsoni lakóhellyel rendelkező ellátottak esetében a személyi segítség óradíja 0 Ft/óra, a szállítás díja 0 Ft/km.

Személyi segítség intézményi térítési díj szociálisan nem rászorultak részére: 500 Ft/óra.

Szállítási intézményi térítési díj szociálisan nem rászorultak részére: 120 Ft/km

JELZŐRENDSZERES HÁZI SEGÍTSÉGNYÚJTÁS

Intézményi térítési díj: 0 Ft/nap

Intézményi térítési díj szociálisan nem rászorultak részére: 200 Ft/nap

IDŐSEK NAPPALI ELLÁTÁSA

Intézményi térítési díj: 0 Ft/nap

„11. melléklet

(A melléklet szövegét a(z) 11.melléklet.pdf elnevezésű fájl tartalmazza.)”

Nyíradonyi Szociális és Gyermejkölési Társulás

Társulási Tanácsa

Nyíradony

Árpád tér 1.

4254

Tisztelt Társulási Tanács!

Alulírott _____ (név)

_____ (lakcím)

sz. alatti lakos azzal a kéressel fordulok a Társulási Tanácshoz, hogy a _____ Forint / ellátási nap
összegben megállapított személyi térítési díjamat

csökkenteni / elengedni* szíveskedjen.

Kérésemet az alábbiakkal indokolom: _____

Kelt: _____

Ellátott és / vagy törvényes képviselője

