

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

☐ **alapvizsgálatához**¹: fogyatékos, személyek otthonában, ápoló- gondozó célú lakóotthonban, 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 lakóotthonban ellátott.

1. Szociális intézményi adatok

Kérelmező intézmény neve _____

Intézmény típusa: _____

Az intézmény működési engedélye szerinti ellátottak célcsoportjának felsorolása: _____

Az intézmény ágazati azonosítója: _____

A kérelmező intézmény címe: _____

Elérhetősége:

Tel: _____ Email: _____

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/ideje: _____ hely _____ év _____ hó: _____ nap

Anyja születési neve: _____

Az igénylő TAJ száma: _____

¹ A megfelelő rész aláhúzendő.

Állandó lakcím/ tartózkodási helyének címe:

Irányítószám: _____ Település: _____
Utca: _____ Hsz: _____ Em: _____ Ajtó: _____

Ha intézményben él, annak pontos neve: _____

Címe: _____

Elérhetősége: Telefon: _____ Email: _____

Típusa: _____

Intézményi jogviszony kezdete: _____

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? _____

5. A vizsgálat típusa

Alapvizsgálat kérése az alábbi intézményi elhelyezéshez²:

fogyatékos személyek otthona , ápoló- gondozó otthon

ápoló- gondozó célú lakóotthon

fogyatékos személyek rehabilitációs célú lakóotthona

támogatott lakhatás

fogyatékos személyek rehabilitációs intézménye (kérjük a megfelelőt aláhúzni)

² A megfelelő rész aláhúzandó.

Felülvizsgálat kérése az alábbi intézmény részéről:

fogyatékos személyek otthona, ápoló- gondozó otthon
pszichiátriai ápolást, gondozást nyújtó intézménye
szenvedélybetegek 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

A vizsgált személy egészségi állapotára/fogyatékoságára vonatkozó orvosi vélemény**Az intézmény orvosa/kezelőorvosa tölti ki****Diagnózis/BNÓ 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)**

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

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

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 igénybe vételéről 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.