

Beküldendő:

Budapest Főváros Kormányhivatala (Rehabilitációs Hatósági és Orvosszakértői Főosztály)
1146 Budapest, Thököly út 82. vagy:
1590 Budapest Pf. 155.

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 ápoló-gondozó otthonban, fogyatékos személyek ápoló-gondozó célú lakóotthonban, fogyatékos személyek rehabilitációs célú lakóotthonban, fogyatékos személyek támogatott lakhatásában, illetve a fogyatékos személyek rehabilitációs intézményében ellátott.

felülvizsgálatához: fogyatékos személyek, ápoló-gondozó otthonban, fogyatékos személyek ápoló-gondozó célú lakóotthonban, fogyatékos személyek rehabilitációs intézményében, fogyatékos személyek rehabilitációs célú lakóotthonban, pszichiátriai rehabilitációs célú lakóotthonban, pszichiátriai rehabilitációs intézményben, szenvedélybetegek rehabilitációs célú lakóotthonában, szenvedélybetegek rehabilitációs intézményében ellátott. (Amennyiben jogszabály vagy szakvélemény ezt előírja)

1. 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/idő: _____ hely _____ év _____ hó: _____ nap

¹ A megfelelő rész aláhúzendő.

Anyja születési neve: _____

Az igénylő TAJ száma: _____

Állandó lakcím/ tartózkodási helyének címe:

Írányítószám: _____ Település: _____

Utca: _____ Hsz: _____ Em: _____ Ajtó: _____

Ha intézményben él, annak pontos neve: _____

Címe: _____

Elérhetősége: Telefon: _____ Email: _____

Típusa: _____

Intézményi jogviszony kezdete: _____

Megállapodás kelte: _____ Ellátás formája: _____

A vizsgálatot kérő személy: gondnokság alatt áll-e?

Igen

nem

A gondnokság formája: _____

Ügycsoport korlátozások: _____

Amennyiben igen, a gondnok/törvényes képviselő neve: _____

Címe: _____

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 (9/1999. (XI. 24.) SzCsM r. alapján)

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 ápoló- gondozó otthona

fogyatékos személyek ápoló- gondozó célú lakóotthona

fogyatékos személyek rehabilitációs célú lakóotthona

² A megfelelő rész aláhúzendő.

fogyatékos személyek rehabilitációs intézménye

fogyatékos személyek támogatott lakhatása (kérjük a megfelelőt aláhúzni)

Felülvizsgálat kérése az alábbi intézmény részéről:

fogyatékos személyek ápoló- gondozó otthona

fogyatékos személyek ápoló-gondozó célú lakóotthona

fogyatékos személyek rehabilitációs célú lakóotthona

fogyatékos személyek rehabilitációs intézménye

pszichiátriai betegek rehabilitációs célú lakóotthona

pszichiátriai betegek rehabilitációs intézménye

szenvedélybetegek rehabilitációs célú lakóotthona

szenvedélybetegek rehabilitációs intézménye (Amennyiben jogszabály vagy szakvélemény ezt előírja)

Az ellátás:

határozott idejű

határozatlan idejű

A vizsgált személy egészségi állapotára/fogyatékoságára vonatkozó orvosi vélemény

Az intézmény orvosa/kezelőorvosa 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)

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 (2013. év előtti, amennyiben rendelkezésre áll.)
- Gondnok kirendelő határozat

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