

**Beküldendő: Budapest Főváros Kormányhivatala (Rehabilitációs Főosztály)**

**1036 Budapest Lajos utca 160-162.**

## **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**<sup>1</sup>: 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/idő: \_\_\_\_\_ hely \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó: \_\_\_\_\_ nap

Anyja születési neve: \_\_\_\_\_

**Az igénylő TAJ száma:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> 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 elhelyezéshez<sup>2</sup>:**

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)

\_\_\_\_\_  
<sup>2</sup> 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**

<b>Az intézmény orvosa/kezelőorvosa tölti ki</b>	
<b>Diagnózis/BNO kód</b>	
<b>Rövid kórelőzmény (szakorvosi lelet, zárójelentés) alapján:</b>	
<b>Általános állapot:</b>	
<b>Károsodott funkciók:</b>	
<b>Egyéb megjegyzés/javaslat:</b>	
<b>PH:</b>	
	intézmény orvosa / kezelőorvos aláírása és pecsétje
<b>Dátum:</b> .....	

**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.