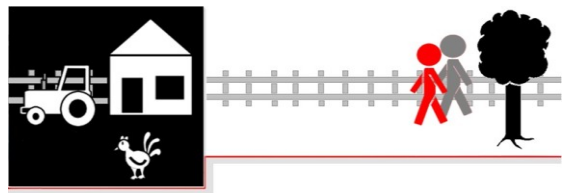


Napközi foglalkozást igénylő adatlap

A. Kérelem a személyes gondoskodást nyújtó napközi foglalkoztatás igénybevételéhez.

Az ellátást igénybe vevő adatai:	
Név:	
Születési neve:	
Anyja neve:	
Születési helye, Időpontja:	
Lakóhelye:	
Tartózkodási helye:	
Jogi státusza:	
Állampolgársága:	
Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása:	
Társadalombiztosítási Azonosító Jele:	
Adószáma:	
Személyi száma:	
Legközelebbi hozzátartozójának /törvényes képviselőjének a) neve: b) lakóhelye: c) telefonszáma: d) email címe:	
<i>Milyen típusú ellátás igénybevételét kér: Karikázza be a kiválasztott időszakot.</i>	Egésznap: 8.00-16.00-ig Fél nap: 8.00-12.00 vagy 12.00-16.00-ig Hétfő, kedd, szerda, csütörtök, péntek
ebédet igényel-e: (amennyiben egész nap igényel foglalkoztatást úgy az étkezést automatikusan betervezzük)	Igen/ nem

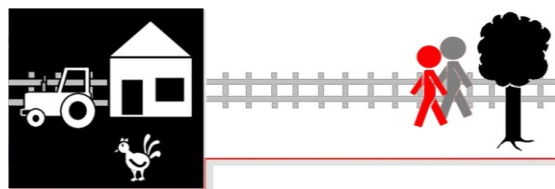


<p>Milyen iskolát végzett/ Milyen foglalkoztatásban részesült eddig?</p> <p>Iskola/ foglalkoztató neve/ címe</p>	
<p>Mik a lehetőségei a jelentkező személynek:</p> <p>(Mit tud önállóan csinálni? Pl: mosogatni, öltözködni, stb.)</p>	
<p>Érdeklődési köre/ hobbjai:</p>	
<p>Egyéb megjegyzések:</p>	

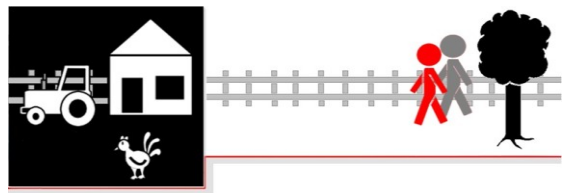
Kelt: _____, _____

Az ellátást igénybe vevő vagy annak törvényes képviselője aláírása

B. Egészégi állapotra vonatkozó adatok (házi orvos/ kezelőorvos tölti ki)



Házi orvos/ kezelőorvos neve, címe, telefonszáma:	
Önellátásra vonatkozó megállapítások:	Önellátásra képes/ részben képes/ segítséggel képes
Szenved-e krónikus betegségben:	
Fogyatékoság típusa (hallássérült, látássérült, mozgássérült, értelmi sérült, epilepszia) és mértéke:	
Rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e:	Igen/nem, ha igen milyen formában:
Gyógyszerek adagolásának ellenőrzése szükséges, gyógyszereszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. Végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre: - Amennyiben gyógyszereket szed; azok neve és adagolását kérjük felsorolni.	
Szenvedett fertőző betegségben 6 hónapon belül?	Igen/nem, ha igen milyen formában:
Eset történet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan):	
Teljes diagnózis részletes felsorolással, BNO kóddal, fogyatékoság típusa, mértéke. Szakorvosi diagnózis másolatát kérjük csatolni.	



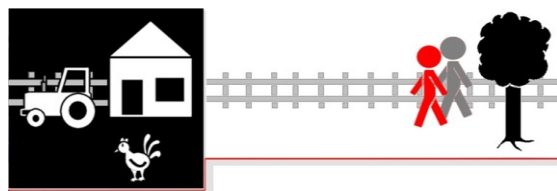
Prognózis (várható állapotváltozás):	
Speciális diétára szorul-e:	Igen/nem, ha igen milyen formába:
Szenvedélybetegségben szenved-e:	Igen/nem
Pszichiátriai megbetegedésben szenved-e:	Igen/nem
Fenn áll-e bármely fajta viselkedészavar? Ha igen, milyen formában? Ha igen, veszélyezteti-e más személyek egészségét, biztonságát?	Igen/nem
A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:	

Dátum:

Orvos aláírása:

P.H.

Várólistára Felvételi lap/nyilatkozat



Janka Tanya Nappai intézmény- Fejlesztő Foglalkozatában jelenleg telt ház van. Az intézmény a jelentkező (név) várólistára tudja felvenni.

Várólistára kerülő neve:

TAJ száma:

Címe:

Telefonszáma:

Email címe:

Jogi státusza:

Amennyiben gyámság alatt áll annak jogi képviselőjének

Neve:

Címe:

Telefonszáma:

Email címe:

A várólistán a (intézet tölti ki!) helyre kerül. A várólista határozatlan ideig tart.

A jelentkező vagy annak jogi képviselője alulírott nyilatkozik, hogy tudomásul veszi és beleegyezik a várólistára való felvételhez.

A várakozási időszakban az intézmény a következőket biztosítja:

- félévente elektronikus levélben informálnak a várólista állásáról.
- szülők/hozzátartozók részére meghívót küldünk a havonta tartandó szülőklubba,
- Janka Tanya hírlevelén keresztül informáljuk a várólistán szereplő személyt és családját Janka Tanyán történő eseményekről,
- a várólistán szereplő meghívót kap Janka Tanya születésnapjára.

Amennyiben a várólistán szereplő ellátást igénylő személy már nem kíván a várólistán szerepelni, azt indoklással, írásban közli Janka Tanya felé. A levélben szereplő dátumtól kezdődően a várólistáról lekerül és az őt követő kerül a helyére.

Kelt:

Az ellátást igénylő / gyámjának aláírása

Janneke Brinks
ügyvezető