

KÉRELEM ÉS ADATLAP

átfogó rehabilitációs alkalmassági vizsgálatához vagy felülvizsgálathoz (kérjük aláhúzni)

Rehabilitációs intézményben, vagy rehabilitációs célú lakóotthonban elhelyezésre
kerülő, illetve elhelyezett személy rehabilitációs alkalmassági vizsgálata,
felülvizsgálata.

Kérelmező intézmény neve: _____

Intézmény típusa: _____

Az intézmény alapító okirat szerinti ellátotti körének felsorolása: _____

Intézmény ágazati azonosítója: _____

A kérelmező intézmény címe: _____

Telefon: _____ **Fax:** _____ **E-mail:** _____

Felülvizsgálatot kérelmező közeli hozzátartozó esetén (a hozzátartozóra vonatkozó
adatokat kizárólag abban az esetben kell kitölteni, amennyiben ő kezdeményezte a
felülvizsgálatot):

Közeli hozzátartozó neve: _____

Rokonsági foka: _____

Közeli hozzátartozó címe: _____

Telefon: _____ **Fax:** _____ **E-mail:** _____

Igénylő adatai:

Név: _____

Születési név: _____

Születési hely, idő: _____, **év:** _____ **hó:** _____ **nap:** _____

Anyja neve: _____

TAJ szám: _____

Lakó/tartózkodási helyének címe: _____ **irányítószám** _____ **település**
_____ **utca** _____ **hsz** _____ **em** _____ **ajtó** _____

**Ha intézményben (bentlakásos, átmeneti /lakó - vagy gondozó otthonban él, annak pontos
neve):** _____

Címe: _____ **irányítószám** _____ **település**
_____ **utca** _____ **hsz** _____ **em** _____ **ajtó** _____

Cselekvőképesség: _____

A gondnok/ törvényes képviselő neve: _____

A gondnokkijelölő határozat száma: _____

Címe: _____ **irányítószám** _____ **település**
_____ **utca** _____ **hsz** _____ **em** _____ **ajtó** _____

Telefon: _____ **E-mail:** _____

Soron kívüli elhelyezést kér-e? (kérjük aláhúzni)

igen

nem

Ha igen, ennek indoka: _____

Intézményi jogviszony kezdete: _____

Lakóotthoni elhelyezése: (kérjük aláhúzni) **határozott idejű**

határozatlan idejű

Korábbi (előző) alkalmassági vagy felülvizsgálat időpontja: _____

Igényelt rehabilitációs szolgáltatás formája, típusa: (kérjük aláhúzni)

1. Rehabilitációs intézmény

2. Rehabilitációs célú lakóotthon

a.) Pszichiátriai betegek rehabilitációs otthona

b.) Szenvedélybetegek rehabilitációs otthona

c.) Hajléktalanok rehabilitációs otthona

d.) Fogyatékosok otthona

(értelmi fogyatékosok, mozgássérültek, hallássérültek, látássérültek, egyéb _____)

Korábban részt vett-e rehabilitációs ellátásban? (kérjük aláhúzni) **igen** **nem**

Az eddigi rehabilitációs programok rövid leírása: _____

A rehabilitáció során tervezett terápiás mód leírása: _____

Legmagasabb iskolai végzettsége: _____

Szakképzettsége: _____

Intézménybe kerülés előtt volt-e munkaviszonya? (Kérjük aláhúzni) **igen** **nem**

Ha igen, a munkaviszony időtartama: _____

Hány órában dolgozott naponta/hetente? _____

Tanult szakmájában dolgozott-e? (Kérjük aláhúzni) **igen** **nem**

Milyen konkrét tevékenységet végzett? _____

Amennyiben a rehabilitáció során foglalkoztatást végeznek, a kívánt foglalkoztatási forma megnevezése a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény által megfogalmazott célok szerint: (kérjük aláhúzni)

- munka-rehabilitáció
- fejlesztő felkészítő foglalkoztatás

Javaslat a foglalkoztatás napi óraszámára: (kérjük aláhúzni)

4-6 óra

4-7 óra

8 óra

Milyen munkatevékenységet végez legszívesebben? _____

Foglalkoztathatóság szempontjából meglévő képességek: _____

Munkatársi kapcsolatai, munkatársakhoz való viszonya: _____

Az ellátott személy leterhelhetősége, kitartása a munkavégzés terén: _____

Munkaérettség (kérjük aláhúzni)

Feladatmegértés:

- a.) az instrukciókat nem érti meg
- b.) többszöri ismétlés, magyarázat szükséges
- c.) rövid idő alatt megérti

Feladat végrehajtás:

- a.) a feladatokat nem hajtja végre
- b.) csak a neki tetsző feladatokat oldja meg
- c.) minden utasításnak eleget tesz
- d.) a feladatmegoldásban önálló, kreatív

Feladattudat:

- a.) nem alakult ki
- b.) részben kialakult
- c.) kialakult

Monotónia tűrés:

- a.) rossz
- b.) átlagos
- c.) jó

Munkatempó:

- a.) lassú
- b.) átlagos
- c.) gyors

Munkavégzésre való képesség:

- a.) nem foglalkoztatható
- b.) időszakosan foglalkoztatható
- c.) irányítás mellett rendszeresen foglalkoztatható
- d.) önállóan dolgozik
- e.) kezdeményező

Manualitás, kézügyesség:

- a.) fejletlen
- b.) átlagos
- c.) jó

***Diagnózis leírása:**_____

*** BNO kód:**_____

***Kórelőzmény:**_____

***Általános állapot:**_____

***Jellemzők - e agresszív megnyilvánulások? (kérjük aláhúzni)** **igen** **nem**

***Károsodott funkciók:**_____

***Intézménybe kerülést megelőzően alkalmazott terápia:**

*** Az intézmény foglalkoztatási javaslata, konkrét tevékenység megjelölése:**

*** Foglalkoztathatóság szempontjából meglévő képességek:** _____

*** Milyen foglalkoztatási korlátozottságai vannak?** _____

*** Az intézmény a foglalkoztatási és munkaegészségügyi körülményei alkalmasak-e a kérelmező foglalkoztatására:** _____

*** Támogatás nélkül mennyiben képes a munkatevékenység elvégzésére?** (kérjük aláhúzni)

- a.) nem képes
- b.) részben képes
- c.) minimális támogatással képes
- d.) önállóan képes

*** Egyéb megjegyzés, javaslat:** _____

Kelt:

PH:

foglalkozás - egészségügyi orvos,
intézményi orvos vagy kezelőorvos

intézményvezető

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

*** Az intézmény foglalkozás-egészségügyi orvosa, vagy a kezelőorvos vagy az intézményi orvos tölti ki!**

**** A kérelemhez csatolandó dokumentumok:**

- az ellátott azonosításához szükséges iratok másolata,
- 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, mely a már intézményben tartózkodók esetében lehet az intézmény orvosa által kiállított szakorvosi vélemény is),*
- a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről szóló 9/1999.(XI. 24.) SzCsM rendelet 1. számú melléklete szerinti, az ellátott egészségi állapotára vonatkozó igazolás *(kizárólag az intézményi jogviszony létesítésével párhuzamosan kezdeményezett vizsgálat esetében),*
- fogyatékos személy esetén a fogyatékoságával összefüggő gyógypedagógiai és egyéb dokumentáció,
- az ellátott egyéni rehabilitációs programja, illetve – ha ezeket a vizsgálat kezdeményezésének időpontjában még nem kell elkészíteni – az előgondozás dokumentációja,
- szociális foglalkoztatási alkalmassági és felülvizsgálat, valamint – ha a rehabilitációs intézmény, illetve a rehabilitációs célú lakóotthon szociális foglalkoztatást biztosít – átfogó rehabilitációs alkalmassági vizsgálat és felülvizsgálat esetén a foglalkoztatási szakmai program *(a konkrét munkatevékenységek TEÁOR szám szerinti felsorolása),* valamint a foglalkoztathatóságot igazoló dokumentáció.

A kitöltött „Kérelem és adatlap”-ot az ellátást igénylő lakóhelye vagy tartózkodási helye szerint illetékes NRSZH Szakértői Koordinációs és Jogi Főosztály területi működési helyének címére kell eljuttatni.