***SZAKMAI VÉLEMÉNY  
gyermekek otthongondozási díjának megállapításához, felülvizsgálatához***

*1. Az ápolt személy* személyes adatai

1.1. Neve: .....................................................................................................................................

1.2. Születési neve: .......................................................................................................................

1.3. Anyja neve: ..........................................................................................................................

1.4. Születési hely, év, hó, nap: ....................................................................................................

1.5. Ápolt személy lakóhelye: ......................................................................................................

1.6. Tartózkodási helye: ...............................................................................................................

*2. Igazolás* az ápolt gyermek súlyosan fogyatékos vagy tartósan beteg állapotáról *[kizárólag a 6 éven aluli gyermek esetén töltendő ki!]*

2.1. Igazolom, hogy a fent nevezett gyermek a magasabb összegű családi pótlékra jogosító betegségekről és fogyatékosságokról szóló 5/2003. (II. 19.) ESzCsM rendelet *1. számú melléklete* szerinti, az ott meghatározott súlyosságú betegségek vagy fogyatékosságok valamelyikében szenved.

2.2. Diagnózis: *............................................................................................................................. ................................................................................................................................................*

*……………………………………………………………………………………………………………….*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| BNO |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

2.3. Fenti diagnózis alapján az ápolt gyermek:

2.3.1. □ **Súlyosan fogyatékos**

2.3.1.1. [súlyos fogyatékosságának jellege:

□ látássérült □ hallássérült □ értelmi sérült □ autista □ mozgássérült], vagy

2.3.2. □ **Tartósan beteg [**csak akkor jelölhető, ha előreláthatólag három hónapnál hosszabb időtartamban állandó ápolást, gondozást igényel.

*3. Az önellátásra való képesség vizsgálatának adatai*

3.1. Helyszíni vizsgálat adatai *(csak abban az esetben töltendő, ha sor kerül helyszíni vizsgálatra)*

3.1.1. A helyszíni vizsgálat helye: ...............................................................................................

időpontja: ........................................, időtartama: .......................................................................

3.1.2. A helyszíni vizsgálatot végző személy neve:......................................................................

3.2. Értékelési szempont- és pontozási rendszer (minden esetben töltendő)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | A | B | C |
| 1. | **Tevékenység, funkció** | **Értékeljen 0 és 4 pont között (a pontérték a szükséges segítség mértékével emelkedik)** | **Pontszám** |
| 2. | Étkezés | 0: önmagát kiszolgálja, önállóan étkezik 1: felszolgálást igényel, de önállóan étkezik 2: felszolgálást és evőeszköz tisztításához segítséget igényel 3: felszolgálás és elfogyasztáshoz részbeni segítséget igényel 4: teljes segítséget igényel az étel elfogyasztásához |  |
| 3. | Öltözködés | 0: nem igényel segítséget 1: önállóan végzi, de a megfelelő ruhaneműk kiválasztásához segítséget igényel 2: egyes ruhadarabok felvételében igényel segítséget 3: jelentős segítséget igényel az öltözködésben, megfelelő öltözet kiválasztásában 4: öltöztetés, vetkőzés minden szakaszában segítségre szorul |  |
| 4. | Tisztálkodás (személyi higiéné biztosítása) | 0: szükségleteit felmérve önállóan végzi 1: szükségleteit felismeri, bizonyos feladatokhoz segítséget igényel 2: szükségleteit felismeri, tisztálkodni csak segítséggel tud 3: részlegesen ismeri fel szükségleteit, segítséget igényel  4: nem ismeri fel szükségleteit, tisztálkodni önállóan nem képes |  |
| 5. | WC használat | 0: önálló a WC használatban, öltözködésben, higiénés feladatait ellátja 1: önállóan használja a WC-t, de öltözködésben, illetve higiénés feladatokban ellenőrizni kell 2: önállóan használja a WC-t, de öltözködésben, illetve higiénés feladatokban segíteni kell 3: segítséget igényel a WC használatban, öltözködésben, higiénés feladatok elvégzéséhez 4: segítséggel sem képes a WC használatra, öltözködésre, higiénés feladatok elvégzésére |  |
| 6. | Kontinencia | 0: vizeletét, székletét tartani képes  1: önállóan pelenkát cserél, elvégzi a higiénés feladatait  2: pelenka cserében, öltözködésben, illetve higiénés feladatokban alkalmanként segítséget igényel  3: rendszeres segítséget igényel pelenka cserében, öltözködésben, higiénés feladatok elvégzésében  4: teljes ellátásra szorul |  |
| 7. | Lakáson belüli közlekedés | 0: önállóan 1: segédeszköz önálló használatával 2: segédeszköz használatával, segítséget esetenként igényel 3: segédeszköz használatával, gyakran csak segítséggel 4: nem képes |  |
| 8. | Köznevelési intézmény látogatása | 0: önállóan 1: közlekedésben kíséretet igényel 2: intézménylátogatás esetenkénti felügyeletet igényel 3: intézménylátogatás csak folyamatos felügyelettel biztosítható 4: nem képes |  |
|  | **Összesen** | |  |

3.2.1. A fenti tevékenységek ellátására való képesség értékelése során csakis a betegségéből, fogyatékosságából eredő funkcióvesztés értékelhető, az életkorból adódó funkcióhiány nem.

3.2.2. A gyermek önellátásra képtelensége akkor áll fenn, ha az ápolt személy legalább 8 pontot kap.

3.3. A vizsgálatot végző megjegyzése: ...............................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

3.4. A szakértői véleményhez felhasznált hivatalos irat pontos megnevezése: ..................................

kelte: ................................................ megállapítása: ....................................................................

*4. Szakértői vélemény*

4.1. Az ápolt személy súlyos fogyatékosságból vagy tartós betegségből adódó önellátásra való képtelensége:

4.1.1. □ fennáll, indokolás: ................................................................................................................

4.1.2. □ nem áll fenn, indokolás: ...................................................,....................................................

4.2. A szakértői vélemény érvényességi ideje: 20..... év......................... hó .... nap

5. Dátum: ................................................

............................................................

a szakértő/szakorvos aláírása

6. *Megjegyzések:*

6.1. A nyomtatvány 2. pontja kizárólag 6 éven aluli gyermek esetén töltendő ki!

6.2. Kérjük, jelölje a megfelelő választ X-szel vagy aláhúzással, illetve szíveskedjen a hiányzó adatokkal a nyomtatványt kitölteni! ”