

„A”

A működési engedély kiadása iránti kérelemhez

(a szociális szolgáltatók és intézmények működésének engedélyezéséről és ellenőrzéséről szóló 321/2009. (XII. 29.) Korm. rendelet 5. §-a alapján a fenntartó tölti ki)

1. Fenntartó adatai

neve: _____

székhelye: _____ település _____ közterület
neve _____ jellege _____ szám _____ emelet, _____ ajtó

irányítószám

típusa: állami, nem állami, egyházi

ágazati azonosító¹:

adószám: - -

elérhetőségei telefonszáma: _____
fax száma: _____
e-mail címe: _____
honlap címe: _____

képviselőjének neve: _____
beosztása: _____
telefonszáma: _____
e-mail cím: _____

kapcsolattartójának neve: _____
beosztása: _____
elérhetőségei: _____
telefonszám: _____
e-mail cím: _____

2. Szociális szolgáltatói, intézményi adatok

neve: _____

székhelye: _____ település _____ közterület
neve _____ jellege _____ szám _____ emelet, _____ ajtó

irányítószám

honlap címe: _____

szolgálatvezető, intézményvezető

neve: _____
beosztása: _____
telefonszáma: _____
fax száma: _____

¹ Csak akkor kell kitölteni, ha a kérelmezőnek van.

e-mail címe: _____

telephely neve²: _____

telephelye³: _____ település _____ közterület

neve _____ jellege _____ szám _____ emelet, _____ ajtó

irányítószám

adószám⁴: - -

telephelyvezető

neve: _____

beosztása: _____

telefonszáma: _____

fax száma: _____

e-mail címe: _____

A működési engedély kiadását az alábbi időponttól kérem⁵:

20 . év _____ hó _____ -tól/től.

A működési engedélyt határozott időre kérem kiadni:

20 . év _____ hó _____ - ig.

² Csak telephely engedélyezése esetén kell kitölteni.

³ Csak telephely engedélyezése esetén kell kitölteni.

⁴ Akkor kell kitölteni, ha a szolgáltató, intézmény, működtető adószáma a fenntartóétól különbözik.

⁵ Ez az időpont legkorábban a működési engedélyt kiadó határozat jogerőre emelkedésének időpontja lehet. Az időpont meghatározása egy tervezhető időpont, ugyanakkor ez az időpont nem kötelezi a működési engedélyt kiadó szervet.

3. A működési engedélyt mely szolgáltató tevékenységre kérik:

étkeztetés,	pszichiátriai betegek részére nyújtott közösségi
házi segítségnyújtás,	alapellátása,
családsegítés,	szenvedélybetegek részére nyújtott közösségi
támogató szolgáltatás,	alapellátása,
utcai szociális munka,	szenvedélybetegek részére nyújtott alacsonyküszöbű
bázis szállás	ellátása,
jelzőrendszeres házi	falugondnoki-szolgáltatás
segítségnyújtás,	tanyagondnoki szolgáltatás

Nappali ellátás, célcsoportja/típusa

idősek klubja,

fogyatékos személyek,

szenvedélybetegek,

demens személyek

pszichiátriai betegek

nappali melegedő,

Átmeneti elhelyezést nyújtó intézményi ellátás típusa

időskorúak gondozóháza,

fogyatékos személyek gondozóháza,

pszichiátriai betegek átmeneti otthona,

szenvedélybetegek átmeneti otthona,

éjjeli menedékhely,

hajléktalan személyek átmeneti szállása,

Ápolást, gondozást nyújtó intézményi ellátás

idősek otthona,

fogyatékos személyek otthona,

pszichiátriai betegek otthona,

szenvedélybetegek otthona,

hajléktalanok otthona,

Rehabilitációs intézményi ellátás

fogyatékos személyek rehabilitációs
intézménye,

pszichiátriai betegek rehabilitációs
intézménye,

szenvedélybetegek rehabilitációs
intézménye,

hajléktalan személyek rehabilitációs
intézménye,

Lakóotthoni ellátás

fogyatékos személyek rehabilitációs
célú,

fogyatékos személyek ápoló-gondozó
célú

pszichiátriai betegek rehabilitációs célú,
szenvedélybetegek rehabilitációs célú
lakóotthona,

egyéb speciális szociális intézményi ellátás:

4. A szolgáltató, intézmény más telephelyeinek ágazati azonosítói:

- | | |
|-----|-----|
| 1. | 11. |
| 2. | 12. |
| 3. | 13. |
| 4. | 14. |
| 5. | 15. |
| 6. | 16. |
| 7. | 17. |
| 8. | 18. |
| 9. | 19. |
| 10. | 20. |

5. A szolgáltatás, intézmény működésével kapcsolatos adatok:

Ellátási terület:

- a) Falugondnoki, tanyagondnoki szolgálat: _____ település
b) Egyéb alapszolgáltatás: _____ település/fővárosi
kerület/ kistérség
c) A többi, nem említett szolgáltatás: _____ település/fővárosi
kerület/ kistérség/megye/régió/ország egész területe

Házi segítségnyújtás esetén ellátható személyek száma _____ ,

Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás esetén kihelyezhető készülékek száma _____ ,

Nappali ellátás esetén a férőhelyek száma _____ ,

Bentlakásos intézményi ellátás esetén a tartós ápolást _____ , az átmeneti gondozást
nyújtó férőhelyek száma,

Külső férőhelyek száma _____ .

Külső férőhelyek címe/i:

_____ település _____ közterület neve
_____ jellege _____ szám _____ emelet, _____ ajtó

A falugondnoki, a tanyagondnoki, illetve a támogató szolgáltatáshoz használt gépjármű

- a) gyártmánya, típusa és rendszáma: _____
b) alvázszáma: _____
c) tulajdonosának neve: _____
d) forgalmi engedély jogosultjának neve: _____

Időszakos férőhelyek engedélyezése esetén az az időszak, amelyre a működési engedélyt
kérik:

20 ____ . év _____ hó _____ -tól/től, 20 ____ . év _____ hó _____ - ig

A nappali ellátás fogyatékos gyermekek, demens betegek ellátását vállalja.

Nem állami fenntartású, tanköteles korú vagy annál fiatalabb fogyatékos személyeket is ellátó, ápolást, gondozást nyújtó intézmény korai fejlesztést, gondozást, valamint a fejlesztő felkészítést nyújtani kíván: igen/nem.

A hatáskör megállapítása érdekében kijelentem, hogy a működési engedélyben érintett szolgáltatónak, intézménynek⁶

Csak olyan székhelye vagy telephelye van, amely szociális alapszolgáltatást nyújt.

Csak olyan székhelye, vagy telephelye van, amely bentlakásos intézményi ellátást nyújt.

Van olyan székhelye vagy telephelye, ahol a szociális alapszolgáltatás mellett bentlakásos intézményi ellátást, gyermekek átmeneti gondozását vagy gyermekvédelmi szakellátást is nyújt, ideértve azt az esetet is, ha külön jogszabály szerinti helyettes szülői hálózat, nevelőszülői hálózat vagy külső férőhelyen biztosított utógondozói ellátás működtetője.

A kérelem benyújtásával kifejezetten hozzájárulok, hogy a működést engedélyező szerv eljárása során a kérelemben és mellékleteiben megjelölt adatokat, valamint a fenntartó, szolgáltató, intézmény adatait a kérelem elbírálásához kezelje, ellenőrizze, illetve beszerezze.

Kérelmemmel megegyező határozathozatal esetén fellebbezési jogomról lemondok.⁷

Csatolt adatlapok: _____ db.

Csatolt iratok: _____ db.

Kelt: _____, 20 . év _____ hó _____ nap

Fenntartó képviselőjének aláírása

⁶ Kérjük, a megfelelő négyzetet „x” jellel bejelölni.

⁷ Csak abban az esetben szükséges megjelölni, ha ezt kéri a fenntartó.