**Ikt.sz.: ………………/2021.**

**ÉRTESÍTÉS**

az intézmény működési költségek összesítéséről, az intézményi térítési díj, valamint a személyi térítési díj mértékéről vállalás nélkül (Alapszintű elhelyezés)

**1. Személyes adatok**

Ellátást igénylő:

**Szül név:**

Szül. idő, hely:

An.:

Lakcím:

Ezúton szeretném tájékoztatni, hogy a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátásokért fizetendő térítési díjak megváltoztak.

**A Csanytelek Község Önkormányzata Képviselő-testülete a 3/2017. (II.28.) számú „A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátásokról, azok igénybevételéről, valamint a fizetendő térítési díjakról”** szóló **önkormányzati rendelete** értelmében az ellátásért fizetendő **intézményi térítési díj** összege 2021. április 01-től az ápolást, gondozást nyújtó intézmény – **idősek otthonában**:

**Napi térítési díj: 2. 965 ,- Ft/nap**

A személyes gondoskodás körébe tartozó szociális ellátások térítési díja a szolgáltatási önköltség és a normatív állami hozzájárulás költségvetési támogatásának különbözete.

2021. évi normatíva (Ft/fő/év): 1.449. 415 ,- Ft/fő /év

1 főre jutó napi normatíva: 3. 971.,- Ft/fő/év

1 főre jutó napi intézményi térítési díj: 2. 965 ,- Ft/fő/nap

1 napra jutó önköltség: 6. 936 ,- Ft /fő/nap

Tájékoztatom, hogy az intézményi ellátásért fizetendő személyi térítési díj nem haladhatja meg a jogosult havi jövedelmének 80%-át. Ha az intézményi ellátásban részesülő havi jövedelméből nem tudja megfizetni az intézményi térítési díj mértékével azonos személyi térítési díjat, akkor az intézményvezető dönt a személyi térítési díj mértékéről.

Az ön havi rendszeres jövedelme:………..

Jövedelemnyilatkozata alapján megállapított jövedelemhányad: /jövedelme 80%-a/:…...…,-Ft

Vagyonnyilatkozata alapján figyelembe vehető:

* készpénzvagyona:…………………..
* ingatlanvagyona:…………………….

A fentiek alapján **az intézmény vezetője a fizetendő személyi térítési díjat** **……………………Ft/nap (…………………………….. Ft/hó) összegben állapítja meg**, melynek megfizetése az alábbiak szerint történik:

* **…………………Ft/nap (……………………..Ft/hó) összeget az ellátást igénybe vevő fizeti meg a** **rendszeres havi jövedelméből**,
* …………………Ft/nap (……………………..Ft/hó) összeg terheli az ellátást igénybe vevő jelentős összegű készpénzvagyonát,
* …....................... Ft/nap (….............................Ft/hó) összeg terheli az ellátást igénybe vevő jelentős ingatlanvagyonát,
* …………………Ft/nap (……………………. Ft/hó) összeget az ellátást igénybe vevő tartási szerződés alapján, illetve vállalás alapján fizet meg az alábbiak szerint:

Fizetésre köteles, vagy azt vállaló neve: ………………………………………………

**Fizetés módja, helye, időpontja**: /aláhúzással kérem jelölje/

1. Készpénzzel *a tömörkényi Önkormányzat pénztárába a tárgyhó 15. napjáig.*

2. Átutalással az intézmény számlájára (számlaszám: 1173505015359300) *a tárgyhó 15. napjáig* való befizetéssel.

Az Ön számára intézményünk az alapgyógyszereket térítésmentesen biztosítja.

Az alapgyógyszerek mindenkori hatályos listája kifüggesztésre kerül az intézmény faliújságjára, de ha Ön igényli, az intézmény vezetője szóbeli tájékoztatót ad az alapgyógyszerek listájáról.

Az alapgyógyszereken túlmenően felmerülő egyéni gyógyszerszükséglet költségét a szolgáltatásunkat igénybe vevő viseli.

Amennyiben a személyi térítési díjat nem fizeti meg az intézmény fenntartója a hátralék behajtása érdekében intézkedést kezdeményezhet.

Amennyiben az ellátott a személyi térítési díj összegét vitatja, ezen értesítés kézhezvételétől számított 8 napon belül az intézményt fenntartó **az Alsó- Tisza-menti Önkormányzati Társulás,** **6647 Csanytelek, Volentér János tér 2. sz. alá fordulhat**, mely a térítési díj összegéről határozattal dönt.

Tömörkény,2021……………………………………

P.h. Magonyné Körmendi Judit intézményvezető

Az értesítésből 1példányt átvettem, a benne foglaltakat tudomásul vettem:

……………………………………………

Ellátott/törvényes képviselő/hozzátartozó