

Nyíradonyi Szociális és Gyermekjóléti Szolgáltatási Központ

4254 Nyíradony, Dózsa Gy. u. 5.

Tel: 52/204-324, 52/593-073

E-mail: szocialiskozpont@nyiradony.hu

KÉRELEM
jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételéhez

1. Az ellátást igénybe vevő személy adatai:

Név:

Születési neve:

Anyja születési neve:

Születési helye, időpontja:

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Értesítési címe:

Telefonszáma:

Állampolgársága: (huzamos tartózkodási jogosultsága vagy menekült, hontalan jogállása, a szabad mozgás és tartózkodás jogára vonatkozó adat)

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Cselekvőképessége:

.....

Törvényes képviselő:

Neve, születési neve:

Születési helye, ideje:

Lakóhelye:

Értesítési címe:

Értesítendő hozzátartozó:

Neve, születési neve:

Születési helye, ideje:

Lakóhelye:

Értesítési címe:

2. Az alábbi jogosultsági feltétel alapján kérem a szolgáltatást*:

(*A megfelelő feltételt kérjük X jellel megjelölni.)

egyedül élő 65 év feletti személy,

egyedül élő súlyosan fogyatékos vagy pszichiátriai beteg személy, vagy

kétszemélyes háztartásban élő 65 év feletti, illetve súlyosan fogyatékos vagy pszichiátriai beteg személy, ha egészségi állapota indokolja a szolgáltatás folyamatos biztosítását.

A kérelemhez mellékelni szükséges a jogosultsági feltételt igazoló dokumentum másolatát!

3. Az ellátás igénybevételére vonatkozó adatok:

A szolgáltatás biztosítását az alábbi időponttól kérem:

Egyéb megjegyzések az ellátással kapcsolatban:

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

Kelt:

.....
ellátást igénybe vevő és/vagy törvényes
képviselő aláírása