

8. melléklet

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

támogató szolgáltatás 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 támogató szolgáltatás biztosítását:

- fogyatékosági támogatásban részesülök
- vakok személyi járadékában részesülök
- magasabb összegű családi pótlékban részesülök

A kérelemhez mellékelni szükséges a jogosultsági feltételt igazoló dokumentum másolatát!

3. Az ellátás igénybevételére vonatkozó adatok:

A szolgáltatás biztosítását az alábbi időponttól kérem:

Milyen típusú segítséget igényel:

személyi segítő szolgáltatás

szállító szolgáltatás

A személyi segítő szolgáltatás biztosítását az alábbi gyakorisággal kérem:

- naponta
- hetente
- hetente 1-2 alkalommal
- havonta 1-2 alkalommal

A szállító szolgáltatás biztosítását az alábbi gyakorisággal kérem:

- naponta
- hetente
- hetente 1-2 alkalommal
- havonta 1-2 alkalommal

Egyéb megjegyzések az ellátással kapcsolatban:

.....
.....

Kelt:

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