

Nyíradonyi Szociális és Gyermekjóléti Szolgáltatási Központ

4254 Nyíradony, Dózsa Gy. u. 5.

Tel/Fax: 52/204-324; 52/593-073

E-mail: szocialiskozpont@nyiradony.hu

KÉRELEM

idősek nappali ellátása igénybevételéhez

1. Az ellátást igénybe vevő személy adatai:

Név:

Születési neve:

Anyja születési neve:

Születési helye, időpontja:

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Értesítési címe:

Telefonszáma:

Állampolgársága:

(Bevándorolt, letelepedett 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 ellátás igénybevételére vonatkozó adatok:

A szolgáltatás biztosítását az alábbi időponttól kérem:

A szolgáltatás biztosítását az alábbi gyakorisággal kérem:

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

Milyen típusú szolgáltatást igényel:

- tanácsadás
- készségfejlesztés
- háztartást pótló segítségnyújtás
- felügyelet
- gondozás
- közösségi fejlesztés

Egyéb megjegyzések az ellátással kapcsolatban:
.....
.....

Kelt:

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