

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

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:
(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 alábbi jogosultsági feltétel alapján kérem a szolgáltatást:

- ☐ 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