

**Adatlap**  
**Idősothtoni és időskorúak gondozóháza ellátásának igényléséhez**



**1. Az ellátást igénylő adatai**

Név: .....

TAJ szám: .....

Születési név: ..... Neme: Férfi  Nő

Anyja neve: .....

Születési helye: ..... Születési időpontja: ..... év ..... hó ..... nap

Állampolgársága: .....

Lakóhelye (korábbi nevén állandó lakcíme):

Ország: .....

Irányítószám: ..... Város: ..... Utca, házszám: .....

Tartózkodási helye (a lakcímkártyán szereplő adat, korábbi nevén ideiglenes lakcíme):

Irányítószám: ..... Város: ..... Utca, házszám: .....

Ténylegesen megtalálható (ahol a kérelem beadásának időpontjában tartózkodik):

Irányítószám: ..... Város: ..... Utca, házszám: .....

Telefonszáma: .....	Nyugdíjas törzsszám: .....
Személyi igazolvány száma: .....	Közgyógy. ig. száma: .....
Adóazonosító jele: .....	Házi orvos neve: .....
	elérhetősége: .....
	bélyegző száma: .....
<u>Az ellátás igénybevételének jogcíme: (Jelölje X-szel)</u>	Öregségi nyugdíjas-e: .....
magyar állampolgár ..... <input type="checkbox"/>	<u>A rokkantság mértéke: (Jelölje X-szel)</u>
letelepedési engedéllyel rendelkezik ..... <input type="checkbox"/>	E kategória ..... <input type="checkbox"/>
bevándorlási engedéllyel rendelkezik ..... <input type="checkbox"/>	D kategória ..... <input type="checkbox"/>
menekült ..... <input type="checkbox"/>	C kategória ..... <input type="checkbox"/>
Magyarország területén tartózkodó EU állampolgár ..... <input type="checkbox"/>	A rokkantság megállapítása folyamatban van ..... <input type="checkbox"/>

Rendelt-e a gyámhivatal törvényes képviselőt az Ön részére  
Ha igen, akkor:

Igen  Nem

Törvényes képviselőjének

Neve: .....

Elérhetőségi helye:

Utca,

Irányítószám: ..... Város: .....

házszám: .....

Telefonszáma: .....

E-mail: .....

A gondnokság típusa:

A gondnokság hatálya: (Jelölje X-szel)

cselekvőképességet teljesen korlátozó gondnokság .....

gondnok: .....

cselekvőképességet részlegesen korlátozó gondnokság .....

ideiglenes gondnok: .....

a gondnokság kezdete: .....

a gondnokság felülvizsgálatának várható időpontja: .....

Kérelmező által megnevezett hozzátartozó

Neve (és születési neve): .....

Lakóhelye:

Telefonszáma: .....

Irányítószám: ..... Város: .....

Kapcsolata a kérelmezővel: .....

*Felmenő, lemenő, oldalági rokon (pl: szülő, gyermek, testvér stb.)  
eltartó, barát, ismerős, szomszéd*

A FECS bejegyzései és bélyegzői részére fenntartott hely

2. A kérelem oka: (Írja ide a saját kérelmének leginkább megfelelő válasz sorszámát!)

1. Az önellátó képesség csökkenése, illetve elvesztése

3. A család ellátóképességének csökkenése, illetve elvesztése

5. Lakhatásával, lakásának használatával kapcsolatos problémák

7. Az alapellátás hiányosságaira visszavezethető okok

9. Egyéb, éspedig.....

.....

2. Jövedelmi, megélhetési okok

4. Mentális vagy pszichés problémák

6. Hajléktalan lett

8. Magányos, kirekesztettség érzése a család vagy

a társadalom részéről

A kért intézmény cím szerinti megjelölése:

1 .....

2 .....

3 .....

Soron kívüli elhelyezést kér-e:

igen:

nem:

3. A kérelem ügyintézésében eljáró személy: (Jelölje X-szel)

kérelmező

törvényes képviselő

szociális munkás

megbízott (írásbeli meghatalmazás szükséges)

A kérelem benyújtásában közreműködő neve: .....

Elérhetősége: .....

4. Kérelmező nagykorú gyermekei

1.

Név: .....

Születési név: .....

Telefonszám: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

Értesítési cím: .....

3.

Név: .....

Születési név: .....

Telefonszám: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

Értesítési cím: .....

2.

Név: .....

Születési név: .....

Telefonszám: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

Értesítési cím: .....

4.

Név: .....

Születési név: .....

Telefonszám: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

Értesítési cím: .....

5. Az ellátást igénylő / törvényes képviselő nyilatkozata

A közölt adatok a személyi okmányokban bejegyzett adatokkal megegyeznek.

Nyilatkozom, hogy az adatvédelmi tájékoztató tartalmát megismertem, az abban foglaltakat tudomásul vettem.

Egyéb közlendők:

Budapest, .....év .....hó .....nap

.....  
ellátást igénylő vagy a törvényes képviselő aláírása

A FECS a közölt adatokat a személyi igazolvány, lakcímkártya és egyéb okmányok alapján ellenőrzi.

Hiányosan kitöltött adatlapokat csak hiánypótlási kötelezettséggel vesz át!