|  |  |
| --- | --- |
| **NAGYKŐRÖSI HUMÁNSZOLGÁLTATÓ KÖZPONT**  **2750 NAGYKŐRÖS**  **BAJCSY - ZSILINSZKY. U. 4. SZ.**  **TEL/FAX: 53/350-457** | **TÁMOGATÓ SZOLGÁLTATÁS FOGYATÉKOS SZEMÉLYEK RÉSZÉRE**  **2750 NAGYKŐRÖS**  **BAJCSY - ZSILINSZKY. U. 4. SZ.**  **TEL:20/274 4933** |

**Kérelem**

**a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Az ellátást igénybe vevő adatai:** | |
| Név: …………………………………………………………………………………………………... | |
| Születési neve: ……………………………………………………………………………………….. | |
| Anyja neve: ………………………………………………………………………………………….. | |
| Születési helye, időpontja: …………………………………………………………………………… | |
| Lakóhelye: ……………………………………………………………………………………………. | |
| Tartózkodási helye: ………………………………………………………………………………….. | |
| Állampolgársága: …………………………………………………………………………………….. | |
| Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása: ………………………………………………..... | |
| Társadalombiztosítási Azonosító Jele: ………………………………………………………………. | |
| Az ellátást igénybe vevő áll-e cselekvőképességet érintő gondnokság hatálya alatt?[[1]](#footnote-1)  Igen Nem  Amennyiben igen, a cselekvőképességet érintő gondnokság fajtája:[[2]](#footnote-2)  Cselekvőképességet részlegesen korlátozó gondnokság  Cselekvőképességet teljesen korlátozó gondnokság  Cselekvőképességet részlegesen korlátozó gondnokság esetén mely ügy típusokra terjed ki a korlátozás?  ……………………………………………………………………………………………………………… | |
| Törvényes képviselőjének | |
| *a)* neve: ……………………………………………………………………………………….….. | |
| *b)* lakóhelye: ……………………………………………………………………………..……….. | |
| *c)* telefonszáma: ………………………………………………………………………………..…... | |
| Legközelebbi hozzátartozójának | |
| *a)* neve: ……………………………………………………………..…………………………….. | |
| *b)* lakóhelye: ……………………………………………………………………………………… | |
| *c)* telefonszáma: ………………………………………………………………………………….. | |
| Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma: …………………….. | |

**2. Milyen típusú ellátás igénybevételét kéri**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | |
| támogató szolgáltatás | □ | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
| **3. A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételére vonatkozó adatok:** | | |
| Támogató szolgáltatás igénybevétele |  | |
| milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: ………………………………… |  | |
| milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását: …………………………….. |  | |
| milyen típusú segítséget igényel:[[3]](#footnote-3) |  | |
| szállító szolgáltatás | □ | |
| személyi segítő szolgáltatás | □ | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
| Dátum: Nagykőrös, ………………………………………. | | |

………………………………………………..

Az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása

1. A megfelelő aláhúzandó! [↑](#footnote-ref-1)
2. A megfelelő aláhúzandó! [↑](#footnote-ref-2)
3. Az ellátás típusa x-el jelölendő! [↑](#footnote-ref-3)