|  |  |
| --- | --- |
| **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 NemAmennyiben igen, a cselekvőképességet érintő gondnokság fajtája:[[2]](#footnote-2)Cselekvőképességet részlegesen korlátozó gondnokságCselekvőképességet teljesen korlátozó gondnokságCselekvőképességet 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)