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, hontalan jogállása

Társadalombiztosítási Azonosító Jel:

Tartására köteles személynek

1. neve
2. születési neve
3. anyja neve
4. születési helye, ideje
5. lakóhelye:
6. tartózkodási helye
7. állampolgársága
8. telefonszáma

 Legközelebbi hozzátartozójának(törvényes képviselőjének)

a.)neve

b.)születési neve

c.)anyja neve

d.)születési helye, ideje

e.)lakóhelye:

f.)tartózkodási helye

g.)állampolgársága:

h.)telefonszáma:

 Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma

1. Milyen típusú ellátás igénybevételét kéri

2.1. Alapszolgáltatás

 étkeztetés

 házi segítségnyújtás

 2.2.Ápolást – gondozást nyújtó intézmény

 Idősek otthona

1. A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételére vonatkozó adatok:

 3.1. Étkeztetés

 Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:

 Milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását:

 Az étkeztetés módja:

* + helyben fogyasztás
	+ elvitellel
	+ kiszállítással
	+ diétás étkeztetés

 3.2. Házi segítségnyújtás

 Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását

 Milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását

 Milyen típusú segítséget igényel:

 - segítség a napi tevékenységek ellátásában

 - bevásárlás, gyógyszerbeszerzés

 - személyes gondozás

 - egyéb, éspedig

 3.3. Idősek otthona

 Milyen időtartamra kéri az elhelyezés:

 Határozott időre (annak időtartama)…………………………………………..

 Határozatlan időre,

 Beköltözés módja

 Speciális kérés, annak indoka:

|  |
| --- |
| Megjegyzés: |
| Házi segítségnyújtás és idősek otthona igénybevételére irányuló kérelem esetén - ha az elhelyezést az általános szabályok szerint kérik - a gondozási szükséglet vizsgálata során be kell mutatni a gondozási szükséglet megítélését szolgáló, rendelkezésre álló leletek és szakvélemények másolatát. |

Dátum:………………………………..

 ……..……….……………………

 Az ellátást igénybe vevő

 (törvényes képviselő) aláírása