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