

Nyíradonyi Szociális és Gyermekjóléti Szolgáltatási Központ

4254 Nyíradony, Dózsa Gy. u. 5.

Tel/Fax: 52/204-324; 52/593-073

E-mail: szocialiskozpont.nyiradony@gmail.com

KÉRELEM

házi segítségnyújtás igénybevételéhez

1. Az ellátást igénybe vevő személy adatai:

Név:
Születési neve:
Anyja születési neve:
Születési helye, időpontja:
Lakóhelye:
Tartózkodási helye:
Értesítési címe:
Telefonszáma:
Állampolgársága:
(Bevándorolt, letelepedett vagy menekült, hontalan jogállása, a szabad mozgás és tartózkodás jogára vonatkozó adat)
Társadalombiztosítási Azonosító Jele:
Cselekvőképessége:.....

Törvényes képviselő:

Neve, születési neve:
Születési helye, ideje:
Lakóhelye:
Értesítési címe:

Értesítendő hozzátartozó:

Neve, születési neve:
Születési helye, ideje:
Lakóhelye:
Értesítési címe:

2. Az ellátás igénybevételére vonatkozó adatok:

A szolgáltatás biztosítását az alábbi időponttól kérem:

Milyen típusú szolgáltatást igényel:

- gondozás
- háztartási segítségnyújtás
- egyéb, éspedig:.....

A szolgáltatás biztosítását az alábbi gyakorisággal kérem:

naponta hetente hetente 1-2 alkalommal havonta 1-2 alkalommal

Házi segítségnyújtás igénylése esetén a kérelemhez csatolni kell:

- Egészségi állapotra vonatkozó igazolást, vagy a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás ideje alatt, illetve annak megszűnését követő 30 napon belül történő igénylésnél a kórházi zárójelentést,
- az Értékelő adatlapot a háziorvos, vagy a kezelőorvos, vagy a fekvőbeteg intézmény orvosa által kitöltve, aláírva,
- jövedelemnyilatkozat (amennyiben a fenntartó térítési díjat határoz meg)

Egyéb megjegyzések az ellátással kapcsolatban:

.....

.....

Kelt:

.....
ellátást igénybe vevő és/vagy törvényes
képviselő aláírása