

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

jelzőrendszeres 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 alábbi jogosultsági feltétel alapján kérem a szolgáltatást:

- egyedül élő 65 év feletti személy,
- egyedül élő súlyosan fogyatékos vagy pszichiátriai beteg személy, vagy
- kétszemélyes háztartásban élő 65 év feletti, illetve súlyosan fogyatékos vagy pszichiátriai beteg személy, ha egészségi állapota indokolja a szolgáltatás folyamatos biztosítását.

A kérelemhez mellékelni szükséges a jogosultsági feltételt igazoló dokumentum másolatát!

3. Az ellátás igénybevételére vonatkozó adatok:

A szolgáltatás biztosítását az alábbi időponttól kérem:

7. melléklet a .../2020. (...) önkormányzati rendelethez

Egyéb megjegyzések az ellátással kapcsolatban:

.....

.....

Kelt:

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