



**ISTENSZÜLŐ OLTALMA GÖRÖGKATOLIKUS
SZOCIÁLIS SZOLGÁLTATÓ KÖZPONT**

Székhely: 4087 Hajdúdorog, Ady E. u. 21.

Tel.: 52/800-208

Telephely: 4080 Hajdúnánás, Fürdő u. 1.

4080 Hajdúnánás, Magyar u. 46.

E-mail: hajdudorogidosekotthona@szlgsz.hu

1. számú melléklet a 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelethez

Kérelem a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez

1. Az ellátást igénybe vevő adatai

Név:
Születési neve:
Anyja neve:
Születési helye, időpontja:
Lakóhelye:
Személyi igazolvány száma:
Tartózkodási helye:
Állampolgársága:
Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása:
Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Cselekvőképességet korlátozó gondnokság alatt áll: IGEN/NEM

Amennyiben igen, a törvényes képviselő adatai:

a.) Neve:
b.) Születési neve:
c.) Lakó- és tartózkodási helye:
.....
d.) Telefonszáma:
e.) e-mail cím:

2. A kérelmező nagykorú gyermekének (megnevezett hozzátartozójának) adatai:

a.) Neve:
b.) Születési neve:
c.) Lakó- és tartózkodási helye:
.....
d.) Telefonszáma:
e.) e-mail cím:

3. Tartásra köteles személy adatai (amennyiben van, kérjük az eltartási szerződést vagy bírósági határozatot csatolni szíveskedjenek):

a.) Neve:
b.) Születési neve:
c.) Lakó- és tartózkodási helye:

.....
d.) Telefonszáma:
e.) e-mail cím:

4. Ápolást-gondozást nyújtó intézményi ellátásra vonatkozó adatok

Milyen típusú szolgáltatást szeretne igénybe venni:

- Idősek otthona
- Fogyatékos személyek otthona
- Pszichiátriai betegek otthona

Milyen időtartamra kéri a szolgáltatás biztosítását:

Határozott (annak ideje):.....

- Határozatlan

Soron kívüli elhelyezést kér-e: IGEN/NEM

Ha igen, annak oka:
.....
.....

Dátum:

.....
Az ellátást igénybevevő aláírása

.....
Törvényes képviselő aláírása