**Nyilvántartási szám: /201….**

**Szatmári Egyesített Szociális és Egészségügyi Alapellátási Intézmények**

**Címe: 4700 Mátészalka Szalkai L. út 2/a**

**Kérelem**

**a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez**

1. Az ellátást igénybe vevő adatai:

Név:........................................................... Születési név:.............................................................

Anyja neve: ….......................................... Személyi igazolvány száma:………………………………………

Születési hely, idő: …................................................................................................................... Lakóhely: ……………………………………………………………………………………………………………………………….

Társadalombiztosítási azonosító jel:…………………………………………………………………………………………

Tartózkodási hely:……………………………………………………………………………………………………………………

Értesítési cím és telefonszám: …..................................................................................................

Állampolgárság: ………………………………………………………………………………………………………………………

Magyarországon tartózkodás jogcíme:

Bevándorolt:..........................Letelepedett:.........................Uniós állampolgár:...........................

Menekült: …..............................................Hontalan:...................................................................

A szabad mozgás és tartózkodás jogára vonatkozó adat: ….........................................................

Cselekvőképesség mértéke:……………………………………………………………………………………………………..

**Törvényes képviselő**

1. neve:…...............................................születési neve.........................................................
2. címe, telefonszáma: …......................................................................................................
3. születési helye, ideje: …...................................................................................................
4. anyja neve: …....................................személyi igazolvány száma:..................................

**Más hozzátartozó**

neve:…...................................................születési neve.......................................................

címe, telefonszáma: ….........................................................................................................

születési helye, ideje: …......................................................................................................

anyja neve: …....................................személyi igazolvány száma:.......................................

|  |  |
| --- | --- |
| Milyen típusú ellátás igénybevételét kéri *:* |   |
| **alapszolgáltatás.** **házi segítségnyújtás** |  |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételére vonatkozó adatok:** |  |
|  | **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............................................................................................................. |  |

 |  |