ÉRD SZOCIÁLIS GONDOZÓ KÖZPONT

TÁMOGATÓ SZOLGÁLAT
2030 Érd, Hivatalnok utca 42.
Tel: 20/577-0525
Email: tamogato@szocgond.hu

KÉRELEM

Támogató Szolgálat igénybevételéhez

Az ellátást igénybe vevő adatai:

Név: .....

Születési név: .....

Anyja neve: .....

Születési helye, időpontja: .....

Lakóhelye: .....

Tartózkodási helye: .....

Állampolgársága: .....

Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása: .....

Telefonszáma: .....

Áll-e cselekvőképességet érintő gondnokság alatt a kérelmező? .....

A gondnokság típusa: (kizáró, korlátozó, felülvizsgálandó, végleges): .....

Ápolási díjban részesülő hozzátartozó: .....

Tartására köteles személy:

Neve: .....

Címe: .....

Telefonszáma, egyéb elérhetősége: .....

Kiskorú igénybevevő esetén az ellátást kérelmező szülő/törvényes képviselő adatai

Neve: .....

Születési név: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, idő .....

Címe: .....

Telefonszáma, egyéb elérhetősége: .....

Gondnok személyére vonatkozó adatok

Neve: .....

Születési név: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, idő .....

Címe: .....

Telefonszáma, egyéb elérhetősége: .....

Végzés száma: .....

Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)

Neve: .....

Címe: .....

Telefonszáma, egyéb elérhetősége: .....

Az ellátást igénylővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma: .....

Támogató szolgáltatás

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását? .....

Milyen gyakorisággal kéri az ellátás biztosítását? .....

Milyen típusú segítséget igényel? (a megfelelő aláhúzandó)

személyi segítés szállítás szállításhoz kapcsolódó személyi segítés

Kelt: ……

……..……..……
az ellátást igénybe vevő
vagy a törvényes képviselő/gondnok aláírása

Ellátás kezdete: .....