

Nyíradonyi Szociális és Gyermekjóléti Szolgáltatási Központ

4254 Nyíradony, Dózsa Gy. u. 5.

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

E-mail: szocialiskozpont@nyiradony.hu

KÉRELEM

fogyatékkal élők nappali ellátása 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 szolgáltatás biztosítását:

☐ a tanulási képességet vizsgáló szakértői és rehabilitációs bizottság, illetve az országos szakértői és rehabilitációs tevékenységet végző bizottság szakértői véleménye,

☐ a fogyatékkal élők jellege szerinti szakorvosi lelet,

- ☐ fogyatékosági támogatásban részesülök,
- ☐ vakok személyi járadékában részesülök,
- ☐ magasabb összegű családi pótlékban részesülök,

A kérelemhez mellékelni szükséges a jogosultsági feltételt igazoló dokumentum másolatát!

3. Az ellátás igénybevételére vonatkozó adatok:

A szolgáltatás biztosítását az alábbi időponttól kérem:

A szolgáltatás biztosítását az alábbi gyakorisággal kérem:

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

Egyéb megjegyzések az ellátással kapcsolatban:

.....

.....

Kelt:

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