

KÉRELEM ÉS ADATLAP

1. Az ellátást igénybe vevő adatai:

Név: _____

Születési neve: _____

Anyja neve: _____

Születési helye, időpontja: _____

Lakóhelye (irányítószámmal): _____

Tartózkodási helye(irányítószámmal): _____

Állampolgársága: _____

Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása: _____

Társadalombiztosítási Azonosító Jele (TAJ) _____

Családi állapota: _____ Személyi száma: _____

Személyi igazolvány száma: _____

Jövedelmének típusa: _____ törzsszáma: _____

Közgyógyellátási igazolvánnyal rendelkezik-e?: _____

Ha igen, annak jellege: lejáratiig, visszavonásig, végleges (a megfelelő aláhúzendó)

Közgyógyellátási igazolvány érvényességi ideje: _____

Utolsó foglalkozása: _____

Telefonszáma: _____

Gondnokság alatt áll-e? _____

Ha igen, a gondnokság foka (jellege): kizáró (KI), korlátozó (KO) (a megfelelő aláhúzendó)

Gondnokság időtartama: eseti (ES), ideiglenes (ID), végleges (VE) (a megfelelő aláhúzendó)

Bírósági végzés száma: _____ kelte: _____

Gondnok kirendelő határozat száma: _____ kelte: _____

Gondnokság megszűnésével kapcsolatos határozat száma: _____

A megszűnés oka: szakorvosi javaslatra (SJ), egyéb okból (EG) (a megfelelő aláhúzendó)

A gondnokság megszűnésének dátuma: _____

Tartásra köteles személy:

a) Neve: _____

b) Lakóhelye, telefonszáma: _____

Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének):

a) Neve: _____ Rokonsági foka: _____

b) Lakóhelye: _____

c) Telefonszáma: _____

Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma: _____ fő

2. Milyen típusú ellátás igénybevételét kéri:

Ápolást-gondozást nyújtó intézmény – Idősek Otthona

Emelt szintű 1 ágyas férfi

Emelt szintű 1 ágyas nő

Hagyományos elhelyezés férfi

Hagyományos elhelyezés nő

(a megfelelő aláhúzendő)

Időskorúak gondozóháza

Hagyományos elhelyezés férfi

Hagyományos elhelyezés nő

(a megfelelő aláhúzendő)

3. Milyen időtartamra kéri a szolgáltatás biztosítását:

Határozott (annak ideje): _____

Határozatlan:

4. Soron kívüli elhelyezést kér-e:

Igen

Nem

Ha igen, annak oka: _____

Dátum: _____

Az ellátást igénybe vevő
(törvényes képviselője) aláírása