

**SÓSTÓI SZIVÁRVÁNY IDŐSEK OTTHONA**

Fenntartó: Nyíregyháza-Városi Református Egyházközség

☒ Székhely: 4431 Nyíregyháza Tölgyes u. 11.

☎ +36 42 479-777

☒ Telephely: 4400 Nyíregyháza Etel köz 11-13.

☎ +36 42 444-122

**KÉRELEM A SZEMÉLYES GONDOSKODÁST NYÚJTÓ SZOCIÁLIS ELLÁTÁS  
IGÉNYBEVÉTELÉHEZ****Az ellátást igénybevevő adatai:**

Név:	
Születési neve:	
Anyja neve:	
Apja neve:	
Születési helye, ideje:	
Lakóhelye:	
Tartózkodási helye:	
Állampolgársága:	
Személyi igazolvány száma:	
Társadalombiztosítási azonosító jel:	
Közgyógyellátási igazolvány száma:	
Cselekvőképesség mértéke:	
Törvényes képviselő neve, címe, telefonszáma: (gondnokrendelő határozat száma:)	..... .....
Hozzá tartozó neve, címe, telefonszáma:	..... .....

**Intézményünk működési engedélye alapján, az alábbi szolgáltatás nyújtására jogosult:**  
(kérem jelölje X-el az igényelt szociális ellátási formát)

## NAPPALI ELLÁTÁS:

**Idősek Klubja**

**Demens személyek nappali ellátása**

Étkezés igénybevételét kéri: igen / nem (aláhúzendó)

Ha igen, milyen gyakorisággal: H – K – Sz – Cs – P – Szo (aláhúzendó)

Milyen étkezést kér: reggeli – ebéd (aláhúzendó)

Az ellátást kérelmező és/vagy törvényes képviselője tudomásul veszi, hogy jelen kérelemben, valamint a kérelem benyújtásával egyidejűleg megadott személyes adatait, továbbá megnevezett hozzátartozója személyes adatait az intézmény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. tv. 20. §-ában részletezett, jogszabályi kötelezettségek teljesítése céljából és jogalapjával kezeli, tartja nyilván és teljesíti a jogszabály által előírt terjedelmű adatszolgáltatást.

Nevezettek tudomásul veszik, hogy a fenti adatok megadása kötelező, az ellátás igénybevétele ezen adatok hiányában vagy kérelemre történő törlése esetén nem kezdeményezhető.

A megadott személyes adatok törlésre kerülnek, ha az ellátásra vonatkozó igény a teljesítését megelőzően megszűnik, vagy a fenti tájékoztatás ellenére a megadott adataik törlését kérik.

Jelen kérelem benyújtásával egyidejűleg az Adatkezelési Tájékoztató egy példányát átvettem.

Dátum: .....

.....  
az ellátást igénybevevő  
**vagy**  
törvényes képviselő aláírása