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:) | ………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………. |
| Hozzátartozó 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 (aláhúzandó)

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

Milyen étkezést kér: reggeli – ebéd (aláhúzandó)

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