

**Kérelem személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez**

**I. Az ellátást igénybevevő adatai:**

Név:	Tb azonosító jele:
Születési név:	Anyja neve:
Születési hely, idő:	Telefonszáma:
Lakóhelye:	
Tartózkodási helye:	
Állampolgársága:	
Bevándorolt, letelepedési vagy menekült jogállása:	

**Tartásra köteles személy:**

Neve:	
Lakóhelye:	
Telefonszáma:	

**Legközelebbi hozzátartozó (törvényes képviselő):**

Neve:	
Lakóhelye:	
Telefonszáma:	
Az ellátást igénybevevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma:	

<b>Milyen típusú ellátás igénybevételét kéri</b>	
<b>2.1. Alapszolgáltatás</b>	
Étkeztetés	
Házi segítségnyújtás	
Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás	
<b>2.2. Nappali ellátás</b>	
Idősek nappali ellátása	
Demens személyek nappali ellátása	
<b>2.3. Ápolást-gondozást nyújtó intézmény</b>	
<b>Idősek otthona</b>	
a, elhelyezést általános szabályok szerint	
b, az elhelyezést a gondozási szükségletet megalapozó egyéb körülmények alapján kéri	
ba, demencia kórkép legalább súlyos fokozata	
<b>3.1. Étkeztetés</b>	
Milyen időponttól kéri a szolgáltatást biztosítását:	
Milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatást biztosítását:	

Az étkezés módja:	
helyben fogyasztás	
elvitel	
kiszállítás	
diétás étkezés	
<b>3.2. Házi segítségnyújtás</b>	
Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:	
Személyes gondozás	
Egyéb:	
<b>3.3. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevétele</b>	
Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:	
<b>3.5. Nappali ellátás</b>	
Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:	
Étkeztetést igényel-e: <b>igen nem</b>	
<b>normál diétás</b>	
Milyen gyakorisággal kéri az étkezést:	

<b>3.7. Ápolást - gondozást nyújtó rehabilitációs intézmény</b>	
Milyen időtartamra kéri a szolgáltatás biztosítását:	
Határozott (annak ideje)	
Határozatlan	
Soron kívüli elhelyezést kér-e:	
Ha igen, annak oka:	

Dátum:

\_\_\_\_\_  
az ellátást igénybe vevő/törvényes képviselő  
aláírása