

Kérelem fogyatékosok nappali ellátásának igénybevételéhez értelmi fogyatékkal/autizmus spektrumzavarral élők részére

1. Az ellátást igénybevevő adatai

Név: _____
Születési név: _____
Születési helye, időpontja: _____
Anyja születési neve: _____
Lakóhelye: _____
Tartózkodási helye: _____
Állampolgársága: _____
Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása: _____
Társadalombiztosítási Azonosító Jele: _____

2. Hozzá tartozó/törvényes képviselő adatai

Tartásra kötelezett személy

- a.) neve: _____
- b.) lakóhelye: _____
- c.) telefonszáma: _____

Legközelebbi hozzátartozó (törvényes képviselő)

- a.) neve: _____
- b.) lakóhelye: _____
- c.) telefonszáma: _____

Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma: ____

2. A fogyatékosok nappali ellátásának igénybevételére vonatkozó adatok

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: _____

Az ellátás időtartama:

határozatlan/ határozott időtartamú, _____ év _____ hó _____ napjáig.

Kecskemét, _____

Az ellátást igénybevevő (törvényes képviselő)
aláírása