



Ikt.sz: KP-

/2024.

## K É R E L E M

### IDŐSEK ÁTMENETI ELHELYEZÉSÉRE VONATKOZÓ IGÉNYLÉSHEZ

*1993. évi III. tv. 20§ (2) és (4) bek. alapján*

#### A) AZ ELLÁTÁST IGÉNYLŐADATAI:

Név: \_\_\_\_\_

Születési név: \_\_\_\_\_

Anyja születési neve: \_\_\_\_\_

Születési hely, idő: \_\_\_\_\_

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: \_\_\_\_\_

Neme: férfi ☐ nő ☐

Telefonszáma: \_\_\_\_\_ E-mail címe: \_\_\_\_\_

Lakóhelye: \_\_\_\_\_

Tartózkodási helye: \_\_\_\_\_

Értesítési címe: \_\_\_\_\_

Állampolgársága: \_\_\_\_\_

Bevándorolt, letelepedett vagy menekült, hontalan jogállása, a szabad mozgás és tartózkodás jogára vonatkozó adat: \_\_\_\_\_

#### B) A KÉRELMEZŐ CSELEKVŐKÉPESSÉGÉRE VONATKOZÓ ADAT (cselekvőképes, cselekvőképességében részlegesen korlátozott, cselekvőképességében teljesen korlátozott):

\_\_\_\_\_

#### C) TÖRVÉNYES KÉPVISELŐ:

Neve: \_\_\_\_\_

Születési neve: \_\_\_\_\_

Telefonszáma: \_\_\_\_\_ E-mail címe: \_\_\_\_\_

Lakóhelye: \_\_\_\_\_

Tartózkodási helye: \_\_\_\_\_

Értesítési címe: \_\_\_\_\_

**D) MEGNEVEZETT HOZZÁTARTOZÓ:**

Neve: \_\_\_\_\_ rokonsági fok: \_\_\_\_\_

Születési neve: \_\_\_\_\_

Telefonszáma: \_\_\_\_\_ E-mail címe: \_\_\_\_\_

Lakóhelye: \_\_\_\_\_

Tartózkodási helye: \_\_\_\_\_

Értesítési címe: \_\_\_\_\_

**E) TARTÁSRA KÖTELES HOZZÁTARTOZÓ (GYERMEK):**

Neve: \_\_\_\_\_

Születési neve: \_\_\_\_\_

Telefonszáma: \_\_\_\_\_ E-mail címe: \_\_\_\_\_

Lakóhelye: \_\_\_\_\_

Tartózkodási helye: \_\_\_\_\_

Értesítési címe: \_\_\_\_\_

Neve: \_\_\_\_\_

Születési neve: \_\_\_\_\_

Telefonszáma: \_\_\_\_\_ E-mail címe: \_\_\_\_\_

Lakóhelye: \_\_\_\_\_

Tartózkodási helye: \_\_\_\_\_

Értesítési címe: \_\_\_\_\_

**F) TARTÁSI VAGY ÖRÖKLÉSI SZERZŐDÉST KÖTÖTT-E:**      igen ☐                      nem ☐

IGEN VÁLASZ ESETÉN A TARTÁST ÉS GONDOZÁST SZERZŐDÉSBEN VÁLLALÓ SZEMÉLY ADATAI:

Neve: \_\_\_\_\_

Születési neve: \_\_\_\_\_

Telefonszáma: \_\_\_\_\_ E-mail címe: \_\_\_\_\_

Lakóhelye: \_\_\_\_\_

Tartózkodási helye: \_\_\_\_\_

Értesítési címe: \_\_\_\_\_

**G) A KÉRELEM ELŐTERJESZTÉSÉNEK IDŐPONTJA:** \_\_\_\_\_

**H) AZ ELŐGONDOZÁS IDŐPONTJA:** \_\_\_\_\_

**I) EGYÉB KÖZLENDŐ:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nyilatkozom, hogy az intézmény által végzett adatkezelésekről szóló tájékoztató tartalmát (amely a <https://www.eszii.hu/#dokumentumtar> oldalon is elérhető) megismertem, az abban foglaltak tudomásulvételét aláírással igazolom.”

Kecskemét, 20 \_\_\_\_ . év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
az ellátást igénybevevő/törvényes képviselő aláírása