

**Kérelem támogató szolgálat
szociális alapszolgáltatás igénybevételéhez**

1. Az ellátást igénybevevő adatai:

Név: _____

Születési név: _____

Születési helye, időpontja: _____

Anyja születési neve: _____

Lakóhelye: _____

Tartózkodási helye: _____

Állampolgársága: _____

Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállás: _____

Társadalombiztosítási Adóazonosító Jel: _____

Telefonszáma: _____

Gondnokság alá van-e helyezve: **igen** **nem**

Legközelebbi hozzátartozó:

neve: _____

lakóhelye: _____

telefonszáma: _____

az igénybevevő törvényes képviselője/gondnoka is egyben? **igen** **nem**

Törvényes képviselő/gondnok /ha nem azonos a legközelebbi hozzátartozóval):

neve: _____

lakóhelye: _____

telefonszáma _____

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

2. A támogató szolgáltatás ellátás típusa, igénybevétel időpontja, igénybevételre vonatkozó adatok

2.1 szállító szolgáltatást az alapvető szükségletek kielégítését segítő szolgáltatásokhoz, közszolgáltatásokhoz való hozzájutás érdekében

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: _____

Milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását: _____

Az ellátás időtartalma: _____

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

2.2 szállítási szolgáltatáshoz kapcsolódó személyi segítséget, amennyiben Ellátott szállítása – pszichiáter vagy neurológus szakorvos által igazoltan – csak állandó felügyelet mellett biztosítható;

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: _____

Milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását: _____

Az ellátás időtartalma: _____

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

2.3 személyi segítséget Ellátott személyi (higiénés, életviteli, életfenntartási) szükségleteinek kielégítéséhez, a társadalmi életben való teljes jogú részvételhez, az önálló munkavégzéshez, tanulmányok folytatásához, szociális és egészségügyi szolgáltatások igénybevételéhez, kulturális, művészeti, sport és szabadidős tevékenységek végzéséhez.

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: _____

Milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását: _____

Az ellátás időtartalma: _____

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

Kijelentem, hogy az 1. pontban feltüntetett adatok a valóságnak megfelelnek. tudomásul veszem, hogy adatainak változása esetén az új adatot a változástól számított 15 napon belül köteles vagyok az ellátást biztosító telephely vezetőjének bejelenteni.

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

Kecskemét, _____

ellátást igénybevevő (törvényes képviselő)

A kérelem 1. pontjában feltüntetett személyazonosító adatok, egyéb adatok, valamint a lakóhely és a tartózkodási hely adatai a kérelmező által bemutatott hivatalos okmányokban rögzített adatok, illetve a kérelmező/törvényes képviselő személyes nyilatkozata alapján kerültek rögzítésre.

Kecskemét, _____

telephelyvezető/szakmai vezető