MAGYAR PÜNKÖSDI EGYHÁZ ORSZÁGOS CIGÁNYMISSZIÓ

SEGÍTŐ SZOLGÁLAT

Székhely és levélcím: 5630 Békés, Petőfi u. 56. Telefon/telefax: +36 66 412 217

Ágazati azonosító: S0236553

E-mail cím: [segito@remenyhir.hu](mailto:segito@remenyhir.hu) Honlap: [www.remenyhir.hu](http://www.remenyhir.hu)

**KÉRELEM**

a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez

**Az ellátást igénybe vevő adatai:**

**Név:**

**Születési neve:**

**Anyja neve:**

**Születési helye, időpontja:**

**Lakóhelye:**

**Tartózkodási helye:**

**Állampolgársága:**

**Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Társadalombiztosítási azonosító jele: ……………………………………………….**  **Cselekvő képesség: (***kérjük, aláhúzással jelölje***)**  ***● Cselekvőképes***  ***● Korlátozottan cselekvőképes/cselekvőképességet korlátozó gondnokság***  ***● Cselekvőképtelen/cselekvőképességet kizáró gondnokság*** | | |  |
| **Nevezett hozzátartozójának /törvényes képviselőjének:** *(kérjük aláhúzással jelölje)* | | |  |
| **a) neve:……………………………………………………………………………………………………..** | | |  |
| **b) lakóhelye/értesítési címe:………………………………………………………………………………** | | |  |
| **c) telefonszáma:……………………………………………………………………………………………..** | | |  |
| **Milyen típusú ellátás igénybevételét kéri*(az igényelt ellátást kérjük X-szel jelölni.)*** | | |  |
| ***Alapszolgáltatás*** | | |  |
|  | ***étkeztetés*** | | □ |
|  | ***házi segítségnyújtás*** | | □ |
| **A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételére vonatkozó adatok:** | | |  |
| ***Étkeztetés*** | | |  |
|  | ***milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:……………………………………………..*** | |  |
|  | ***milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását:…………………………………………*** | |  |
|  | ***az étkeztetés módja:*** | ***(kérjük X-szel jelölni.)*** |  |
|  |  | ***elvitellel*** | □ |
|  |  | ***kiszállítással*** | □ |
|  |  | ***diétás étkeztetés, éspedig……………………………………………..*** | □ |
| ***Házi segítségnyújtás***  ***milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:……………………………………………..***  ***milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását:…………………………………………*** | | |  |
| |  | | --- | | **Megjegyzés:** | | **Házi segítségnyújtás és idősek otthona igénybevételére irányuló kérelem esetén - ha az elhelyezést az általános szabályok szerint kérik - a gondozás szükséglet vizsgálata során be kell mutatni a gondozási szükséglet megítélését szolgáló, rendelkezésre álló leletek és szakvélemények másolatát.** |   **Dátum:** | | |  |

**Az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírás**