



Értelmi Fogyatékossgal Élők és Segítőik Közép-Magyarországi Regionális Közhasznú Egyesület

1093 Budapest, Lónyay u. 17. I/1.
Telefon: +(36) 1 374 0304
E-mail: pestmegye@efoesz.hu

Kérelem nappali ellátás igénybevételéhez			
A szolgáltatást igénylő adatai			
1	Név:		
2	Leánykori név:		
3	Szül. hely, idő:		
4	Anyja neve:		
5	TAJ száma:		
6	Állampolgársága:		
7	Bevándorolt/letelepedett/menekült jogállása:		
8	Lakóhelye:		
9	Tartózkodási helye (ha nem egyezik a lakóhellyel):		
10	Értesítési címe (ha nem egyezik a lakó- vagy tartózkodási hellyel):		
11	Telefon száma (nem kötelező):		
12	Email címe:(nem kötelező):		
13	Cselekvőképessége:		
		cselekvőképes személy	
		korlátozó gondnokság alatt áll	
		kizáró gondnokság alatt áll	
		kiskorú személy	
14	Törvényes képviselő neve (abban az esetben, ha kiskorú vagy gondnokság alatt áll):		
	Hozzá tartozó neve (abban az esetben, ha nincs törvényes képviselője):		
15		Leánykori név:	
16		Szül. hely, idő:	
17		Anyja neve:	
18		Állampolgársága:	
19		Bevándorolt/letelepedett/menekült jogállása:	
20		Lakóhelye:	
21		Tartózkodási helye (ha nem egyezik a lakóhellyel):	
22		Értesítési címe (ha nem egyezik a lakó- vagy tartózkodási hellyel):	
23		Telefon száma (nem kötelező):	
24		Email címe (nem kötelező):	
25	Rokonsági kapcsolata az igénylővel:		
26	Mikortól igényli a nappali ellátást?		
27	Étkeztetést igényel?	IGEN	NEM
		Normál / diétás/ egyéb, éspedig:	
		Milyen gyakorisággal kéri az étkeztetést?	
28	A szolgáltatás tartalmára vonatkozó igények: (Mikor, milyen időközönként, speciális kérések, stb.)?		
29	Kéri a soron kívüli ellátást?	IGEN	NEM

Alulírott, tudomásul veszem, hogy a nappali ellátás igénybevételéhez a következő dokumentumokat szükséges kitöltenem:

Jövedelemnyilatkozat, egészségi állapotra vonatkozó adatok, nyilatkozat alapszolgáltatás igénybevételéről.

A szolgáltatás biztosításáról, illetve azok részleteiről, körülményeiről **megállapodást kötünk**.

Dátum:

Az ellátást igénylő (törvényes képviselő) aláírása: