

K É R E L E M
ápolást – gondozást nyújtó bentlakásos intézményi felvételhez

1. Az ellátást igénybe vevő adatai:

Név: _____ Születési név: _____
Anyja neve: _____ Személyi ig. száma: _____
Születési hely, idő: _____, _____ év _____ hó _____ nap
TAJ szám: _____ - _____ - _____ Nyugdíjas törzsszáma: _____ - _____ - _____
Állampolgársága: _____ Telefonszáma: _____
Lakóhelye: _____
Tartózkodási helye: _____
Eltartási szerződést kötött? igen nem (a megfelelő szöveg aláhúzendó)
 ha igen, az eltartó neve, címe: _____

Legközelebbi hozzátartozó:

Név: _____ Születési név: _____
Anyja neve: _____ Személyi ig. száma: _____
Születési hely, idő: _____, _____ év _____ hó _____ nap
Lakóhelye: _____
Telefonszáma: _____ Adóazonosító jele: _____
Email címe: _____

Törvényes képviselő (gondnok):

Név: _____ Születési név: _____
Anyja neve: _____ Személyi ig. száma: _____
Születési hely, idő: _____, _____ év _____ hó _____ nap
Lakóhelye: _____
Telefonszáma: _____ Adóazonosító jele: _____

2. Felvételi időpontra vonatkozó adatok

Mely időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: _____

Dátum: _____ 20 ____ . _____

az ellátást igénylő vagy törvényes képviselőjének aláírása