

Szent Ferenc Egyesített Szociális Intézmény

Fogyatékkal Élők Nappali Ellátása

5100 Jászberény, Fehértói út 7/A

Tel: 06 20 2886430

E-mail: egy.szoc.int@pr.hu

Kérelem Fogyatékkal Élők Nappali Ellátásának igénybevételéhez
9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelet 3.§ (1) bekezdés

Az ellátást igénybe vevő adatai:

Ikt.sz.: I-F/...../2020

Név:.....
Születési neve:.....
Anyja neve:.....
Születési helye, időpontja:.....
Lakóhelye:.....
Tartózkodási helye:.....
Állampolgársága:.....
Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása:.....
TAJ-száma:.....

Tartására köteles személy:

a) neve:.....
b) lakóhelye:.....
Telefonszáma:.....

Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének):

a) neve:.....
b) lakóhelye:.....
c) telefonszáma:.....

Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma:

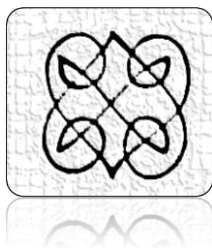
A szociális ellátásról, igénybevételének feltételeiről tájékoztatásban részesültem, az abban foglaltakat tudomásul vettem. **1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról 94/A. § (2) bekezdés, 95. § .**

Dátum:.....

.....
szülő

.....
Az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása

A kérelemhez mellékelni kell: személyi igazolvány, lakcímkártya, TAJ-kártya másolatát, valamint a fogyatékoság fennállását igazoló szakvéleményt.



Szent Ferenc Egyesített Szociális Intézmény

Fogyatékkal Élők Nappali Ellátása

5100 Jászberény, Fehértói út 7/A

Tel: 06 20 2886430

E-mail: egy.szoc.int@pr.hu

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

(a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)

Név (születési név):

Születési hely, idő:

Lakóhely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jel:

1. Önellátásra vonatkozó megállapítások (megfelelő rész aláhúzendó):

Önellátásra képes

Részben képes

Segítséggel képes

2. Szenved-e krónikus betegségben:.....

.....

3. Fogyatékoság típusa és mértéke:.....

.....

4. Rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e?.....

.....

5. Gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre:.....

.....

.....

6. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:.....

.....

Dátum:.....

.....

P.H.

Orvos aláírása