



IRMÁK

IRMÁK Közhasznú Nonprofit
Korlátolt Felelősségű Társaság

Kérelem
Fogyatékkal élők nappali ellátása

Neve: Születési neve:

Születési helye, ideje:

Anyja születési neve:

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Értesítési címe:

Telefonszáma: E-mail címe:

TAJ száma:

Állampolgársága:

Magyarországon tartózkodás jogcíme (nem magyar állampolgár esetén): bevándorolt / letelepedett / menekült / hontalan / EU állampolgár *(Kérem, aláhúzással jelölje!)*

Cselekvőképességre vonatkozó adatok (megfelelő rész aláhúzandó):

- cselekvőképes
- támogatott döntéshozatal
- cselekvőképességében részlegesen korlátozott,
- cselekvőképességében teljesen korlátozott
- kiskorú

Törvényes képviselő / kirendelt támogató adatai:

Név: Születési név:

Lakó- és tartózkodási helye, vagy értesítési címe:

Telefonszám: E-mail cím:

Kérelmező hozzátartozó adatai

Név: Születési név:

Lakó- és tartózkodási helye, vagy értesítési címe:

Telefonszám: E-mail cím:

Rokonsági fok:

Milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását:

.....

.....

Melyik intézménybe szeretné a szolgáltatás igénybe venni? *(Kérem, aláhúzással jelölje!)*

- IRMÁK Nonprofit Kft. Speciális Foglalkoztató Otthon és Intézményei
- IRMÁK Nonprofit Kft. Albertirsai Szociális Szolgáltató és Támogatott Lakhatás
- IRMÁK Nonprofit Kft. Esztergomi Szociális Szolgáltató és Támogatott

NYILATKOZAT

- Nyilatkozom, hogy más szolgáltatónál, intézménynél semmilyen alapszolgáltatási ellátást nem veszek igénybe.
- Nyilatkozom, hogy a/az..... intézménynél étkeztetés, házi segítségnyújtást, jelzőrendszeres házi segítségnyújtást, családsegítést, közösségi ellátást, támogató szolgáltatást, nappali ellátást veszek igénybe. (*a megfelelő rész aláhúzendó!)

Alulírott kérelmező hozzájárulok a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 20. §- ában meghatározott adataim kezeléséhez és azok elektronikus úton történő Társadalombiztosítási Azonosító Jel alapú rögzítéséhez és nyilvántartásához.

A közölt adatok a valóságnak megfelelnek, a személyi adatok a személyi okmányokban bejegyzett adatokkal megegyeznek.

Dátum:

.....
az ellátást kérelmező aláírása

.....
az ellátást kérelmező törvényes
képviselőjének aláírása