



**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): huzamosabb tartózkodási jogosultsággal rendelkező/ hontalan / menekült vagy oltalmazottként elismert / 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:

Tartási vagy öröklési szerződést kötött-e? *(Kérem, aláhúzással jelölje!)*

igen nem

Igen válasz esetén a tartást és gondozást szerződésben vállaló személy adatai:

Név: Születési név:

Lakó- és tartózkodási helye, vagy értesítési címe:

.....

Telefonszám: E-mail cím:

Mikortól kívánja igénybe venni a szolgáltatás biztosítását:

Mely szolgáltatások biztosítását kéri:

- ☐ tanácsadás,
- ☐ készségfejlesztés,
- ☐ háztartási vagy háztartást pótló segítségnyújtás,
- ☐ idősek nappali ellátása kivételével étkeztetés,
- ☐ esetkezelés,
- ☐ felügyelet,
- ☐ gondozás és
- ☐ közösségi fejlesztés

Amennyiben étkezést kíván igénybe venni

- ☐ normál étkezést igénylek.
- ☐ diétás étkezést igénylek, mégpedig

Melyik Intézményben szeretné igénybe venni a szolgáltatást?

- ☐ IRMÁK Nonprofit Kft. Fogytékkal Élők Nappali Intézménye és Támogató Szolgálata (Albertirsa)
- ☐ IRMÁK Nonprofit Kft. Albertirsai Szociális Szolgáltató és Támogatott Lakhatás (Albertirsa)
- ☐ IRMÁK Nonprofit Kft. Esztergomi Szociális Szolgáltató és Támogatott Lakhatás

NYILATKOZAT

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
képviselőjének aláírása

.....
az ellátást kérelmező törvényes