



---

**Kérelem**

**Támogatott lakhatás**

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

**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: .....

**Melyik intézménybe kéri az elhelyezést? (Kérem, aláhúzással jelölje!)**

- IRMÁK Nonprofit Kft. Esztergomi Szociális Szolgáltató és Támogatott Lakhatás (Esztergom, Keszölc)
- IRMÁK Nonprofit Kft. Albertirsa Szociális Szolgáltató és Támogatott Lakhatás (Albertirsa)
- IRMÁK Nonprofit Kft. Támogatott Lakhatás (Albertirsa, Csobánka, Pilis, Soltvadkert, Szentendre)

**Az elhelyezést az alábbi fogyatékosagra tekintettel kérem: (Kérem, + vagy X jelölje!):**

- autizmus spektrum zavar
- beszéd fogyatékoság
- értelmileg fogyatékoság
- hallássérülés
- látássérülés
- mozgáskorlátozottság
- pszichoszociális fogyatékoság
- halmozott fogyatékoság

**Soron kívüli elhelyezést kér-e? (Kérem, aláhúzással jelölje!)**

igen

nem

**Amennyiben igen, annak indokolása:**

.....  
.....

### 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