Marcali Szociális és Egészségügyi Szolgáltató Központ
8700 Marcali, Dózsa Gy. u. 9.

KÉRELEM
Szociális alapszolgáltatások igénybevételére

1. Az ellátást kérelmező adatai

Név: ……..……

Születési neve: ……..

Anyja neve: ……

Születési helye, ideje: ……

TAJ szám: ……..

Lakóhelye: …….

Tartózkodási helye/értesítési címe: ……

Telefonszáma: ……

2. Választható szolgáltatások (Az igényelt szolgáltatás előtti négyzetbe tegyen X jelet!)

☐ Étkeztetés ☐ Támogató szolgáltatás

☐ Idősek nappali ellátása ☐ Közösségi ellátás

☐ Házi segítségnyújtás

Kérelmező megnevezett hozzátartozója (név, születési név, telefonszám, lakó- és tartózkodási hely vagy értesítési cím):

.....

.....

Kérelmező nyilatkozik, hogy cselekvőképességében bíróság által korlátozott

☐ igen ☐ nem

Amennyiben igen, törvényes képviselőjének neve, születési neve, telefonszáma, lakó- és tartózkodási helye vagy értesítési címe:

.....

.....

Kérelmező nyilatkozik, hogy érvényes tartási, öröklési szerződéssel rendelkezik

☐ igen ☐ nem

Amennyiben igen, a szerződés alapján tartásra köteles neve, születési neve, telefonszáma, lakó- és tartózkodási helye vagy értesítési címe:

.....

.....

Marcali, ……..

……. …….

Ellátást igénybevevő aláírása Törvényes képviselő/gondnok aláírása