



MEZŐCSÁTI KISTÉRSÉG HUMÁNSZOLGÁLTATÓ KÖZPONT

3450 Mezőcsát Hősök tere 24.
Tel/Fax: 49/352-350, 49/552-005
E-mail: human@mezocsat.hu

Kérelem

Fogyatékkal élők nappali ellátása igénybevétele esetén

1. Az ellátást igénybe vevő adatai:

Név: _____

Születési név: _____

Anyja neve: _____

Születési helye, időpontja: _____

Lakóhelye: _____

Értesítési címe: _____

Tartózkodási helye (itt azt a lakcímet kell megjelölni, ahol a kérelmező életvitelszerűen tartózkodik): _____

Állampolgársága: _____

Bevándorolt, letelepedett, vagy menekült jogállása: _____

Társadalombiztosítási Azonosító jele: _____

Személyigazolvány száma: _____

Telefonszáma: _____

2. Az ellátást igénylő törvényes képviselőjének / tartásra kötelezett hozzátartozójának / hozzátartozóinak adatai:

Név: _____

Születési név: _____

Születési hely, idő: _____

Lakóhelye: _____

Értesítési címe: _____

Tartózkodási helye (itt azt a lakcímet kell megjelölni, ahol a kérelmező életvitelszerűen tartózkodik): _____

Telefonszáma: _____

3. Az ellátást igénylő által megjelölt legközelebbi (értesítendő) hozzátartozójának /hozzátartozóinak adatai:

Név: _____

Születési név: _____

Születési hely, idő: _____

Lakóhelye: _____

Értesítési címe: _____

Tartózkodási helye (itt azt a lakcímet kell megjelölni, ahol a kérelmező életvitelszerűen tartózkodik): _____

Telefonszáma: _____

4. A nappali ellátás nyújtására vonatkozó adatok:

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: _____ év _____ hó _____ nap

Étkeztetést igényel-e: igen ☐ (normál ☐ diétás ☐) nem ☐

Milyen gyakorisággal kéri az étkeztetést: _____

Egyéb szolgáltatás igénylése: _____

Hozzájárulok ahhoz, hogy az intézmény nyilvántartsa személyi adataimat, és a jogszabályokban előírt rendszerekben rögzítse (NRSZH KENYSZI).

Kelt: _____

Az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

(a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)

Név:

TAJ :

Születési név:

Születési helye, időpontja:

Lakóhelye:

Önellátásra vonatkozó megállapítások:		
önellátásra képes ☐	részben képes ☐	segítséggel képes ☐
Szenved-e krónikus betegségben – milyen típusú: ☐ igen ☐ nem		
Fogyatékoság típusa (hallássérült, látássérült, mozgássérült, értelmi sérült) és mértéke:		
Rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e, milyen célból: ☐ igen ☐ nem		
Gyógyszerek adagolásának ellenőrzése szükséges-e: ☐ igen ☐ nem		
Szenvedett-e fertőző betegségben 6 hónapon belül - milyen típusú: ☐ igen ☐ nem		
Egyéb megjegyzések:		
A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:		
Dátum:	Orvos aláírása:	P. H.

Egyúttal nyilatkozom, hogy az egészségi állapotomról az orvos az intézmény részére adatot szolgáltat.

Háziorvos neve, címe: _____

Kelt: _____

Az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása