# Kérelem a Támogató Szolgálat szolgáltatásainak igénybevételéhez

|  |  |
| --- | --- |
|  1. Az ellátást igénybe vevő adatai: |   |
|  Név:  |   |
|  Születési neve:  |   |
|  Anyja neve:  |   |
|  Születési helye, időpontja:  |   |
|  Lakóhelye:  |   |
|  Tartózkodási helye: |   |
|  Állampolgársága:  |   |
|  Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása: |   |
|  Társadalombiztosítási Azonosító Jele:  |   |
|  Tartására köteles személy |   |
|  a) neve: |   |
|  b) lakóhelye: |   |
|  Telefonszáma: |   |
|  Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének) |   |
|  a) neve: |   |
|  b) lakóhelye: |   |
|  c) telefonszáma: |   |
|  Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma:  |   |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  2. Támogató szolgáltatás igénybevétele: | □ |
|  Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: |  |
|  Milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását:  |  |
|  Milyen típusú segítséget igényel: |  |
| szállító szolgáltatás | személyi segítő szolgáltatás |
| Dátum: …………, 20…. …………………. |  |
|  Az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása: |