

Ikt. szám: .....

## Kérelem a támogatott lakhatás igénybevételéhez

### Az ellátást igénybevevő adatai:

Név: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési helye, időpontja: .....

Lakóhelye: .....

Tartózkodási helye: .....

Értesítése címe: .....

Állampolgársága: .....

Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

Telefonszáma: .....

Delegáló intézmény/személy: .....

**A kérelmező gondnokság alatt áll:** igen  nem

Ha gondnokság alatt áll, típusa: korlátozó gondnokság  kizáró gondnokság

### Törvényes képviselő adatai (kitöltése akkor kötelező, ha van ilyen személy)

a) neve: .....

b) lakóhelye: .....

c) telefonszáma: .....

### Megnevezett hozzátartozójának adatai:

a) neve, születési neve: .....

b) lakóhelye, tartózkodási helye, értesítési címe:.....

c) telefonszáma: .....

**Soron kívüli ellátást kér-e?** igen  nem

Indok:.....  
.....

**Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:** .....

Hozzájárulok/nem járulok hozzá ahhoz, hogy a kezelőorvosom, további szervezet(ek) ..... az egészségi állapotomról, illetve az ellátáshoz szükséges adataimról a Szolgáltatónak felvilágosítást adjon, velük kapcsolatot tartson.

**Nyilatkozom arról, hogy jelen szolgáltatás kérelmezésekor más szolgáltatónál, intézménynél más szociális, gyermekvédelmi, alap vagy bentlakásos szolgáltatást, mint például étkeztetést, közösségi ellátást, nappali ellátást, rehabilitációs ellátást (a megfelelő válasz aláhúzandó):**

**Nem veszek igénybe**

**Igénybe veszek az alábbiak szerint:**

Szolgáltatás jellege: .....

Intézmény neve: .....

Szolgáltatás jellege: .....

Intézmény neve: .....

Szolgáltatás jellege: .....

Intézmény neve: .....

Szolgáltatás jellege: .....

Intézmény neve: .....

**Közgyógyellátásban részesül-e? :** igen  nem

**Csatolandó dokumentumok:** A kérelemhez mellékelni kell a kérelmező szakorvosának, kezelőorvosának szakvéleményét, továbbá a házi orvosi igazolást valamint jövedelem-, és vagyonnyilatkozatot.

**Kelt:** ....., 201 ..... év ..... hó .....nap

.....  
Az ellátást igénybe vevő  
(meghatalmazott, törvényes képviselő)  
aláírása