**Kérelem nappali ellátás igénybevételéhez**

**1. Az ellátást igénybe vevő adatai:**

Neve: .……………………………………………………………………………..Telefonszáma:…..…….…….…..……..……………...

Születési neve:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Anyja neve:…………………………………………………………………………………………………………….......…..…..........……………………..

Születési helye és időpontja:.……………………………………………………………………………………………….………………………………

Lakóhelye: …………………………………………………………………….…...…....…..…....…....…......…....…....…......………………………...

Tartózkodási helye: ………………………………………………………………………………….....…..…....…..…....…....………………………...

Állampolgársága:………………………………………………………………………………………………….........……...........……………………...

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

Társadalombiztosítási azonosító jele:.………………………………………………………………………..………………………………………..

 **Nyilatkozat:**

Tartási, öröklési szerződést kötött-e? □ igen, □ nem *(Igen válasz esetén tartási, örökösödési szerződés csatolandó!)*

Tartására köteles személy van-e ? □ igen, □ nem*(Igen válasz esetén bírósági végzés csatolandó!)*

*Cselekvőképes: □ igen, □ nem (Gondnok kirendelése esetén határozat vagy ítélet másolata csatolandó!)*

*Hozzátartozója ápolási díjat kap-e az Ön ápolása után?* □ igen, □ nem *(Igen válasz esetén a határozatmásolata csatolandó )*

***Tartására köteles személy:***

a) neve:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

b) lakóhelye:..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

c) telefonszáma:.………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)**

a) neve: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

b) lakóhelye: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

c) telefonszáma. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma: .…………………….………………….………...

**2. A kérelmezett nappali ellátására vonatkozó igény**

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását?..………………………………………………..………………………..………...

*Milyen típusú ellátást kér? □ átlagos szükségletű □ demens ellátás (pszichiátriai/neurológiai , szakkollégiumi vagy geriátriai igazolás )*

*Demensek nappali ellátása mellé étkezést igényel-e? □ igen 1X-it, □ igen 3X-it, □ nem*

*Milyen étkezést igényel? □ normál, □ diétás* (Diétás étkezés mellé szakorvosi javaslat csatolandó!)

Milyen gyakorisággal igényli a szolgáltatást?………………………………………………………………………………………….….………..

Egyéb szolgáltatás igénylése:………………………………………………………………………………………………………………………………..

3.3. Csatolt dokumentumok

□ **jövedelemnyilatkozat**

**□ egészségügyi állapotra vonatkozó igazolás**

□ demencia igazolása (pszichiátriai/neurológiai szakkollégiumi, geriátriai)

□ diétás étkezésre vonatkozó szakorvosi igazolás

□ tartási szerződés

□ gondnokság alá helyezés határozata, ítélete

□ ápolási díjat megállapító határozat

Dátum:…………………………………………………

 ………….………………………………………………………………….

 ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása