# 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: | | |