KAZINCBARCIKAI SZOCIÁLIS SZOLGÁLTATÓ KÖZPONT

I. Számú Idősek Klubja
3700 Kazincbarcika, Csokonai u. 3.
Tel: +3648/512-464
e-mail: idosklub@kszszk.hu web: www.kszszk.hu

Kérelem a demens személyek nappali ellátásának igénybevételéhez

Az ellátást igénybe vevő adatai

Név: .....
Születési neve: .....
Anyja neve:.....
Születési helye időpontja:.....
Lakóhelye: .....
Tartózkodási helye: .....
Állampolgársága:.....
Cselekvőképessége:……

Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)

a) neve. .....
b) lakóhelye. .....
c) telefonszáma: .....

A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételére vonatkozó adatok

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását 20 .....
Étkezést igényel-e: igen nem
Milyen gyakorisággal kéri az étkezést: .....
Egyéb szolgáltatások igénylése:.....

Dátum: 20 .....

.....
Az ellátást igénybevevő (törvényes képviselő) aláírása