|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Református egyház címere | **cédrus református egyesített szociális intézmény**  **6500 baja, pokorny j. u. 1-3.**  **telefon/fax: 79/321-552**  **email:** [**cedrus@diakonia.hu**](mailto:cedrus@diakonia.hu)**,** [**cedrus@cedrusbaja.hu**](mailto:cedrus@cedrusbaja.hu)  **honlap:** [**www.cedrusbaja.hu**](http://www.cedrusbaja.hu) | **pros** |

*Érkezett: ……………………………*

*Ikt.sz.: SZNE-………………………*

**Kérelem**

**a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez**

**SZENVEDÉLYBETEGEK NAPPALI ELLÁTÁSA**

*(A formanyomtatvány az igényelt szociális ellátás típusának megfelelő adatok figyelembevételével töltendő ki.)*

**Az ellátást igénybe vevő adatai:**

Név……………………………………………………………………………………………………

Születési név…………………………………………………………………………………….……

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

Születési hely…………………………………………………………………………………….……

Születési idő……………………………………………………………………………………………

TAJ szám………………………………………………………………………………………………

Lakóhely………………………………………………………………………………………….……

Tartózkodási hely………………………………………………………………………………...……

Értesítési cím…………………………………………………………………………………….……

Telefonszám……………………………………………………………………………………..……

Állampolgárság……………………………………………………………………………….………

Magyarországon tartózkodás jogcíme………………………………………………………………..

Bevándorolt Letelepedett Uniós állampolgár Menekült Hontalan

A szabad mozgás és tartózkodás jogára vonatkozó adat……………………………………………..

Cselekvőképesség mértéke…………………………………………………………………………..

**Törvényes képviselő adatai**

Név…………………………………………………………………………………………………..

Születési név…………………………………………………………………………………………

Lakóhely……………………………………………………………………………………………..

Tartózkodási hely ……………………………………………………………………………………

Értesítési cím…………………………………………………………………………………………

Telefonszám………………………………………………………………………………………….

**Megnevezett hozzátartozó adatai:**

Név……………………………………………………………………………………………………

Születési név………………………………………………………………………………………….

Lakóhely………………………………………………………………………………………………

Tartózkodási hely……………………………………………………………………………………..

Értesítési cím…………………………………………………………………………………………

Telefonszám…………………………………………………………………………………………

**A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételére vonatkozó adatok:**

**Szenvedélybetegek nappali ellátása**

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: …………………………………………………

Milyen időtartamra kéri a szolgáltatás biztosítását: határozott

határozatlan

Ha határozott, annak záró időpontja: ………………………………………………………………

Igényel-e étkezést: igen □ nem □

Az ellátást kérelmező és/vagy törvényes képviselője tudomásul veszi, hogy jelen kérelemben, valamint a kérelem benyújtásával egyidejűleg megadott személyes adatait, továbbá megnevezett hozzátartozója, személyes adatait az intézmény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. tv. 20. §- ában részletezett, jogszabályi kötelezettségek teljesítése céljából és jogalapjával kezeli, tartja nyilván és teljesíti a jogszabály által előírt terjedelmű adatszolgáltatást.

Nevezettek tudomásul veszik, hogy a fenti adatok megadása kötelező, az ellátás igénybe vétele ezen adatok hiányában vagy kérelemre történő törlése esetén nem kezdeményezhető.

A megadott személyes adatok törlésre kerülnek, ha az ellátásra vonatkozó igény a teljesítését megelőzően megszűnik, vagy a fenti tájékoztatás ellenére a megadott adataik törlését kérik.

**Jelen kérelem benyújtásával egyidejűleg az adatkezelési tájékoztató egy példányát átvettem:**

Dátum…………………………………

……………………………………………

Az ellátást igénybe vevő

(törvényes képviselő) aláírása