

Ikt: sz.....

Sorszám:

Nyilvántartás Támogató Szolgáltatásban részesülő személyekről

A támogatás elszámolásánál figyelembe vehető- e ez az ellátott? Igen - nem

Változás:

Név:

Születési név:.....

Anyja neve:.....

Születési hely, idő:.....

I.2. A kérelmező:

Telefon szám:

Lakó hely:.....

Tartózkodási helye:.....

Értesítési címe:

I.3. A kérelmező:

Állampolgársága, bevándorolt, letelepedett vagy menekült, hontalan

jogállása:.....

Szabad mozgás és tartózkodás jogára vonatkozó adat:.....

I.4. Cselekvő képessége:

[illegible]

Kiskorú: gyámság alatt áll Nem Igen

I.5. A kérelmező:

Törvényes képviselője; meg nevezett hozzátartozója :

Név:..... Név:.....

Születési név:..... Születési név:.....

Lakó hely:..... Lakó hely:.....

Tartózkodási helye/ értesítési címe: Tartózkodási helye/ értesítési címe:

.....

.....

.....

Telefonszáma: Telefonszáma:

I.6. A kérelem előterjesztésének, (vagy a beutaló határozat megküldésének) időpontja:

.....évhónap

I.7. Soron kívüli ellátásra vonatkozó igény: igen nem

Esetleges változások:



II. 1. Az ellátásban részesülő személy

TAJ száma:.....

II. 2. Az ellátás

Kezdetre:év.....hó.....nap

Megszűnése:.....év.....hó.....nap

Megszűnés módja, oka:.....

II.3. Jogosultsági feltételekre és az azokban bekövetkezett változásokra vonatkozó adatok

A **jogosultság** (különösen a szociális rászorultság fennállása, rászorultságot megalapozó körülmények):

Fogyatékoság típusa (megfelelő aláhúzendő):

Értelmi, mozgás, látás, hallás, autizmus, halmozott, egyéb nem meghatározható

Fogyatékosági támogatásban

Vakok személyi járadékában

Magasabb összegű családi pótlékban részesül.

A **rászorultságot igazoló dokumentumok**: /megfelelő aláhúzendő/

Az ellátás megállapítását igazoló határozat

Más dokumentum:.....

A fogyatékoság fennállását igazoló szakvélemény

Dátuma:

Érvényessége (felülvizsgálat időpontja, ill. az állapot fennállásának várható ideje)

változások:
.....

II.4 Soron kívüli elhelyezésre vonatkozó döntés.....

II.5 Férőhely elfoglalásának időpontja:.....

II.6 Közgyógy ellátásban részesül e:.....

III. Az ellátással kapcsolatos egyéb változások:

.....
.....
.....

Igényelt egyéb **szolgáltatások helyben**:.....

Más intézménytől:.....

Egyéb:.....
.....
.....