



II. 1. Az ellátásban részesülő személy

TAJ száma:

II. 2. Az ellátás

Kezdet:év.....hó.....nap

Megszűnése:.....év.....hó.....nap

Megszűnés módja, oka:

II.3. A jogosultság (különösen a szociális rászorultság fennállása, rászorultságot megalapozó körülmények)

életkora;

akut vagy krónikus betegségben szenved;

fogyatékos-vagy pszichiátriai beteg ;

hajléktalan;

Rászorultságot alátámasztó dokumentumok: /megfelelő aláhúzendó/

Házi orvosi igazolás, személyazonosító igazolvány, hajléktalan igazolvány, jövedelem

igazolás, zárójelentés, orvos szakértői igazolás

Egyéb:

....

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:

Változások:

.....
.....