Szent Kamill Rehabilitációs Központ
4405 Nyíregyháza, Tallér út 18-20.
Tel:42/491-946
e-mail: rehabkozpont@gmail.com

KÉRELEM

Alulírott ……., a **Kamilliánus Kolostor fenntartásában működő Szent Kamill Rehabilitációs Központ** szociális intézmény által nyújtott szolgáltatások közül az alábbiakban megjelöltet/megjelölteket igénylem.

Kérelmező adatai:	
Neve:	
Születési neve:	
Születés helye, ideje:	
Anyja születési neve:	
Taj-száma:	
Telefonszáma:	
Lakóhelye:	
Tartózkodási helye:	
Értesítési címe:	
Állampolgársága, bevándorolt, letelepedett vagy menekült, hontalan jogállása, a szabad mozgás és tartózkodás jogára vonatkozó adat:	
Cselekvőképesség:	
Törvényes képviselő neve:	
Törvényes képviselő születési neve:	
Törvényes képviselő telefonszáma:	
Törvényes képviselő lakóhelye:	
Törvényes képviselő tartózkodási helye:	
Törvényes képviselő értesítési címe:	
Soron kívüli ellátásra vonatkozó igény:	

Szolgáltatások*:

- TÁMOGATÓ SZOLGÁLTATÁS, (SZEMÉLYI SEGÍTÉS; SZÁLLÍTÁS)
- FOGYATÉKOS SZEMÉLYEK NAPPALI ELLÁTÁSA.

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: ……

Kelt: Nyíregyháza, 20_____ év _____ hónap _____ nap

_____ _____

ellátást igénybevevő törvényes képviselő

*Kérjük aláhúzással jelölni.