**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)**

1. neve.
2. lakóhelye.
3. 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