

Kérelem

1. Az ellátást igénybe vevő adatai:

Név:.....
Anyja neve:.....
Születési helye, időpontja:.....
Lakóhelye:.....
Tartózkodási helye:.....
Állampolgársága:.....
Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása:.....
Társadalombiztosítási Azonosító Jele:.....
Tartására köteles személy
 a) neve:.....
 b) lakóhelye:.....
Telefonszáma:.....
Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)
 a) neve:.....
 b) lakóhelye:.....
 c) telefonszáma:.....
Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma:.....

2. Milyen típusú ellátás igénybevételét kéri¹⁵

Szenvedélybetegek Rehabilitációs Intézete

milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:.....
milyen időtartamra kéri az elhelyezést.....

Szenvedélybetegek támogatott lakhatása

milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:.....
milyen időtartamra kéri az elhelyezést.....

milyen okból kéri az elhelyezést:.....
.....
.....

Dátum:.....

.....
Az ellátást igénybe vevő v.(törvényes képviselő) aláírása: