



**Kornisné Liptay Elza Szociális és Gyermejkölési Központ  
Támogató Szolgálat**

**4440 Tiszavasvári, Kabay J. út 23. • Telefon: 42/372-363 • E-mail: [tiszavasvari.tamogato@gmail.com](mailto:tiszavasvari.tamogato@gmail.com)**

**Kérelem a Támogató Szolgálat szolgáltatásainak igénybevételéhez**

1. Az ellátást igénybe vevő adatai:

Név: \_\_\_\_\_

Születési neve: \_\_\_\_\_

Születési helye, időpontja: \_\_\_\_\_

Lakóhelye: \_\_\_\_\_

Tartózkodási helye: \_\_\_\_\_

Állampolgársága: \_\_\_\_\_

Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása: \_\_\_\_\_

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: \_\_\_\_\_

Törvényes képviselő:

a) neve: \_\_\_\_\_

b) lakóhelye: \_\_\_\_\_

c) telefonszáma: \_\_\_\_\_

Tartásra köteles személy:

c) neve: \_\_\_\_\_

d) lakóhelye: \_\_\_\_\_

c) telefonszáma: \_\_\_\_\_

Hozzá tartozó:

a) neve: \_\_\_\_\_

b) lakóhelye: \_\_\_\_\_

c) telefonszáma: \_\_\_\_\_

2. Támogató szolgáltatás igénybevétele:

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: \_\_\_\_\_

Milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását: \_\_\_\_\_

Milyen típusú segítséget igényel:

Szállító szolgáltatás

személyi segítő szolgáltatás

Dátum:.....2016.....hó.....

Az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása:

\_\_\_\_\_