



Iktatószám: EESZI/_____/_____
Nyilvántartási szám: _____

KÉRELEM
DEMENS SZEMÉLYEK NAPPALI INTÉZMÉNYBE, ILLETVE OTTHONÁBA
TÖRTÉNŐ SZÁLLÍTÁS IGÉNYBEVÉTELÉRE

Szolgáltatást igénylő neve: _____, Születési neve: _____
Születési helye, ideje: _____
Lakóhely _____
Tartózkodási helye (ahonnét szállítani szükséges) _____
Elérhetősége: _____

Törvényes képviselője neve: _____, Születési neve: _____
Lakóhelye: _____
Elérhetősége: _____

Megjelölt hozzátartozójának neve: _____, Születési neve: _____
Lakóhelye: _____
Elérhetősége: _____
Rokoni kapcsolat: _____

Milyen időponttól kéri a szállítás biztosítását? _____

Milyen időtartamra kéri a szolgáltatást:

- határozatlan*,
 határozott: _____ napjáig.

Milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását: *hétfő* *kedd* *szerda* *csütörtök* *péntek*

Milyen időpontban kéri a szállítását:

- Klubba szállítás reggel: _____
➤ Otthonába szállítás délután: _____

Szállítást befolyásoló fontos információk:

Dátum: _____

Az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása: _____

A megfelelő helyre tegyen X-et.