



„Segítő kezek” Szociális és Házi Segítségnyújtó Alapítvány  
8600 Siófok, Sziget u. 3. Tel.: 30/244-1835; 30/366-7572  
Iroda: 8621 Zamárdi, Petőfi utca 1. tel: 30/546-2913  
[segitokezek11@gmail.com](mailto:segitokezek11@gmail.com), [www.segitokezekalapitvany.hu](http://www.segitokezekalapitvany.hu)  
Engedély szám: 5-1054-13/2011, Adószám: 18208083-1-14

## KÉRELEM

házi segítségnyújtás igénybeviteléhez

### 1. Az ellátást kérelmező adatai

Neve: .....  
Születési neve: .....  
Anyja neve:.....  
Születési helye, ideje: .....  
Telefonszáma:.....  
Lakóhelye:.....  
Tartózkodási helye:.....  
Értesítési címe: .....  
Állampolgársága, bevándorolt, letelepedett vagy menekült hontalan jogállása :.....  
Társadalombiztosítási Azonosító Jele:.....  
A kérelmező cselekvőképese-e? igen / nem A kérelmezővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma:.....  
A kérelmező közgyógyellátásban részesül-e?: igen / nem  
Eltartási szerződést kötött-e valakivel, illetve ápolási díjat, gondozása miatt igénybe vesz-e valaki?: igen /nem  
Milyen szociális ellátást kap még: (étkezés, házi segítségnyújtás, családsegítés, nappali ellátás stb) .....

### 2. A kérelmező törvényes képviselőjének adatai:

Neve: .....rokonsági fok:.....  
Születési név: .....  
Telefonszáma:.....  
Lakóhelye:.....

### A kérelmező megnevezett hozzátartozójának adatai:

Neve: .....rokonsági fok:.....  
Születési név: .....  
Telefonszáma:.....  
Lakóhelye:.....

### 3. Házi segítségnyújtás igénybevétele

Mikortól kéri a szolgáltatás biztosítását: .....  
Soron kívüli ellátásra vonatkozó igény: van / nincs

Alulírott aláírással igazolom, hogy Az *információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény* által biztosított adatkezeléshez történő hozzájárulási jogomról, valamint a szolgáltatás igénybevitelével járó adat-nyilvántartási kötelezettségről tájékoztatásban részesültem.

Aláírással igazolom továbbá, hogy a *Szociális törvény 20§* szerinti természetes személyazonosító és egyéb adataim nyilvántartás vezetése céljából történő kezeléséről, azok központi elektronikus nyilvántartási rendszerbe (KENYSZI) történő megjelenítéséről, valamint az együttműködés során a Segítő Kezek Alapítvány tudomására jutott különleges adataim mindenkor hatályos jogszabályokban előírtak szerinti kezeléséről tájékoztatást kaptam.

Kelt: .....(év).....(hó).....(nap)

.....  
Ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása

Az ellátás kezdetének időpontja: .....