**Kérelem**

**Támogatott lakhatás igénybevételéhez**

##### Az ellátást igénylőadatai

Neve: …….................................................. Születési neve: ...................................................

Születési helye, ideje: …….......................................................................................................

Anyja születési neve: ...................................................................................................

Lakóhelye: ...................................................................................................................

Tartózkodási helye: ......................................................................................................

Értesítési címe: .............................................................................................................

Telefonszáma: ..................................... E-mail címe (nem kötelező): ....................................

TAJ száma: …….....................................................................................................................

Állampolgársága: ………………………………………………………………………………

Magyarországon tartózkodás jogcíme (nem magyar állampolgár esetén): bevándorolt / letelepedett / menekült / hontalan / EU állampolgár *(Kérem, aláhúzással jelölje!)*

**Cselekvőképességre vonatkozó adatok (megfelelő rész aláhúzandó):**

* cselekvőképes
* cselekvőképességében részlegesen korlátozott
* cselekvőképességében teljesen korlátozott
* támogatott döntéshozatal

**Kérelmező (Törvényes képviselő / kirendelt támogató) adatai:**

Név: ……………………..………..…… Születési név: ………………………...…………..

Lakó- és tartózkodási helye, vagy értesítési címe: ...................................................

...................................................................................................................................

Telefonszám: ...................................... E-mail cím: .................................................

##### Megnevezett hozzátartozó adatai:

Név: ………………………..………..…… Születési név: ……….……………………..…………..

Lakó- és tartózkodási helye, vagy értesítési címe: ............................................................

............................................................................................................................................

Telefonszám: ........................................... E-mail cím: ......................................................

Rokonsági fok:...............................................................................................................

Tartásomra, vagyonom öröklésére kötött, tartásomról és/vagy gondozásomról szóló szerződéssel rendelkezem:

* igen

Eltartó / megnevezett örökös neve, elérhetősége:

* nem

**Az elhelyezést az alábbi fogyatékosságra tekintettel kérem:** *(Kérem, aláhúzással jelölje!)***:**

autizmus spektrum zavar

beszédfogyatékosság

 értelmi fogyatékosság

hallássérülés

látássérülés

mozgáskorlátozottság

pszichoszociális fogyatékosság

halmozott fogyatékosság

**Soron kívüli elhelyezést kér-e?** *(Kérem, aláhúzással jelölje!)*

igen nem

**Amennyiben igen, annak indokolása:**

□ önmaga ellátására teljesen képtelen és nincs olyan hozzátartozója, aki ellátásáról gondoskodna, és ellátása más egészségügyi vagy szociális szolgáltatás biztosításával sem oldható meg,

□ a háziorvos, kezelőorvos szakvéleménye szerint soron kívüli elhelyezése indokolt,

□ szociális helyzetében, egészségi állapotában olyan kedvezőtlen változás következett be, amely miatt soron kívüli elhelyezése vált szükségessé,

□ kapcsolata vele együtt élő hozzátartozójával, eltartójával helyrehozhatatlanul megromlott, és a további együttélés életét, testi épségét veszélyezteti.

Rendelkezik-e a fogyatékos személyek alapvizsgálatáról, a rehabilitációs alkalmassági vizsgálatról, továbbá a szociális intézményekben ellátott személyek állapotának felülvizsgálatáról szóló 92/20008 (IV.23.) korm. rendelet szerinti alapvizsgálattal?

□ igen

□ nem

Rendelkezik-e a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet 11/B. § szerinti komplex szükségletfelméréssel?

□ igen

□ nem

Alulírott kérelmező hozzájárulok a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 20. §- ában meghatározott adataim kezeléséhez és azok elektronikus úton történő Társadalombiztosítási Azonosító Jel alapú rögzítéséhez és nyilvántartásához.

Kérelmező foglalkoztatásban való részvétele:

rehabilitációs foglalkoztatás

fejlesztő foglalkoztatás

akkreditált foglalkoztatás

közfoglalkoztatás

nem vesz részt ilyen tevékenységben

nyílt munkaerő piaci (Mt. szerinti)

A közölt adatok a valóságnak megfelelnek, a személyi adatok a személyi okmányokban bejegyzett adatokkal megegyeznek.

Dátum: ……………………….

…………………………………. ……………………………………

az ellátást kérelmező aláírása az ellátást kérelmező törvényes képviselőjének aláírása