



Ezüsfény Nonprofit Kft.

Székhely: 1119 Budapest, Bikszádi u.
53-55.

Telefon: 06-1-7692520

KÉRELEM

1. Ellátást igénylő adatai:

Név:

Taj száma:

Születési név:

Anyja neve:

Születési idő:

Állampolgársága:

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Cselekvőképességére vonatkozó adat:

Törvényes képviselő neve:

Elérhetősége:

Gondnokság típusa:-

Cselekvőképességet teljesen korlátozó gondnokság

Cselekvőképességet részlegesen korlátozó gondnokság

2. Kérelmező által megnevezett hozzátartozó

Név:

Lakcím:

Telefonszám:

Kapcsolata a kérelmezővel:

3. A kérelem oka

(rövid leírás megjelölve a kérelmező mentális és egészségügyi állapotát is)

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



Ezüsthény Nonprofit Kft.

Székhely: 1119 Budapest, Bikszádi u.
53-55.

Telefon: 06-1-7692520

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

4. Az ellátást igénylő/törvényes képviselő nyilatkozata

Hozzájárulok az adataim elektronikus úton történő rögzítéséhez.
A közölt adatok a személyi okmányokban bejegyzett adatokkal megegyeznek.

Egyéb közlendők:

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

Budapest, év hó.....nap

Ellátást igénylő/törvényes képviselő