

1. számú melléklet a 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelethez

Kérelem a szociális szolgáltatás igénybevételéhez

Alulírott (születési név:, anyja neve:
....., lakcím:.....,
tel:....., Szem.ig.szám:....., születésihely,
idő:).

És / vagy Törvényes képviselője:nyilatkozom, hogy
..... (ellátást igénylő) részére) a Fény Felé Alapítvány
fenntartása alatt működő és intézményei által biztosított:

- Fogytékos személyek nappali ellátása
- Támogatott Lakhatás fogytékos személyek részére

szolgáltatást *(megfelelő rész aláhúzandó)* szeretném igénybe venni.

....., 2024.....

.....

Ellátást igénybe vevő

.....

Törvényes képviselő