



Nexus Fűzfő Vagyonkezelő és Szolgáltató Kft.
8184 Balatonfűzfő,
Gagarin u. 22.
Tel/Fax.: (88) 450-460

Kérelem nyugdíjasházi szolgáltatás igénybevételéhez

A szolgáltatást igénybe vevő adatai:

NÉV:

Születési neve:.....

Anyja neve:.....

Születési helye, időpontja:.....

Lakóhelye:.....

Tartózkodási helye:.....

Telefonszáma:.....

TAJ szám:.....

Áll-e gondnokság alatt, ha igen milyen típusú a gondnokoltsága, gondnokának pontos elérhetősége?

.....

A szolgáltatás igénybevételének legkorábbi időpontja:.....

A szolgáltatást mennyi időre kívánja igénybe venni?:.....

Családi állapota:.....

Állampolgársága:.....

Legközelebbi hozzátartozó, tartásra köteles vagy azt vállaló személy adatai:

Neve:.....

Lakóhelye:.....

Telefonszáma:.....

E-mail cím:.....

Dátum:.....

.....

Szolgáltatást igénybe vevő aláírása



Nexus Fűzfő Vagyonkezelő és Szolgáltató Kft.
8184 Balatonfűzfő,
Gagarin u. 22.
Tel/Fax.: (88) 450-460

I.
EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS
(a házi orvos, kezelő orvos tölti ki)

Név (születési név):

Születési hely, idő:

Lakóhely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jel:

1.1. önellátásra vonatkozó megállapítások:		
önellátásra képes <input type="checkbox"/> részben képes <input type="checkbox"/> segítséggel képes <input type="checkbox"/>		
1.2. szenved-e krónikus betegségben:		
1.3. fogyatékoság típusa (hallássérült, látássérült, mozgássérült, értelmi sérült) és mértéke:		
1.4. rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e:		
1.5. gyógyszerek adagolásának ellenőrzése szükséges-e: <input type="checkbox"/>		
1.6. szenvedett-e fertőző betegségben 6 hónapon belül: <input type="checkbox"/>		
1.7. egyéb megjegyzések:		
2. Eset történet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan):		
2.1. Teljes diagnózis (részletes felsorolással, BNO kóddal):		
2.2. Speciális diétára szorul-e:		
2.3. Szenvedélybetegségben szenved-e:		
2.4. Pszichiátriai megbetegedésben szenved-e:		
2.5. Demenciában szenved-e:		
4. A házi orvos (kezelő orvos) egyéb megjegyzései:		
Dátum:	Orvos aláírása:	P. H



Nexus Fűzfő Vagyonkezelő és Szolgáltató Kft.
8184 Balatonfűzfő,
Gagarin u. 22.
Tel/Fax.: (88) 450-460

JÖVEDELEMNYILATKOZAT

A szolgáltatást kérelmező személyre vonatkozó személyes adatok:

Név:

Születési név:

Anyja neve:

Születési hely, idő:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

(itt azt a lakcímet kell megjelölni, ahol a szolgáltatást kérelmező, életvitelszerűen tartózkodik)

Telefonszám (nem kötelező megadni):

A szolgáltatást kérelmező személyre vonatkozó jövedelmi adatok:

A jövedelem típusa	Nettó összege
Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó	
Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, szellemi és más önálló tevékenységből származó	
Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások	
Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások	
Egyéb jövedelem	
Összes jövedelem	

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek. A jövedelmet igazoló bizonylatokat egyidejűleg csatoltam. Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak az eljárás során történő felhasználásához.

Dátum:.....

.....
a szolgáltatást igénybe vevő
aláírása