

**Szenvedélybetegek Közösségi Ellátása**

**3973 Cigánd, Fő út 90. Tel.: 47/534-440; Tel/Fax: 534-441 kozossegcigand@gmail.com**

**KÉRELEM KÖZÖSSÉGI ELLÁTÁS IGÉNYBEVÉTELÉHEZ**

|  |
| --- |
| ***Ellátást igénybe vevő adatai*** |
| **Név:** |
| **Születési név:** |
| **Szül.hely, idő:** |
| **Anyja neve:** |
| **Lakóhely:** |
| **Tart.hely:** |
| **Állampolgárság:** |
| **Elérhetőség (tel.,e-mail):** |
| **TAJ-szám:** |
| **Törvényes képviselő neve, lakóhelye, elérhetősége:** |

azzal a kéréssel fordulok a Bodrogközi Többcélú Kistérségi Társulás Szociális Szolgáltató Központ felé, hogy az alább megjelölt szolgáltatást

* **szenvedélybetegek közösségi ellátása**

részemre biztosítani szíveskedjenek!

**Az igénylés rövid indoklása:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kelt:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_év\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_hónap\_\_\_\_nap

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kérelmező/törvényes képviselő Kérelmező/törvényes képviselő