

**Kérelem**  
**(Falugondnoki szolgálat igénybevételére)**

**I.Szolgáltatás típusa:**

(kérjük X-el jelölni a kívánt szolgáltatást)

- Háziorvosi rendelőbe történő szállítás
- Gyógyszerkiváltás, gyógyászati segédeszközhöz való hozzájutás biztosítása
- Egyéb egészségügyi intézménybe való szállítás
- Egyéni hivatalos ügyekben intézése
- egyéb: \_\_\_\_\_

**II. A szolgáltatást kérelmező adatai:**

Név: \_\_\_\_\_

Születési neve: \_\_\_\_\_

Anyja neve: \_\_\_\_\_

Születési helye, időpontja: \_\_\_\_\_

Lakóhelye: \_\_\_\_\_

Tartózkodási helye: \_\_\_\_\_

Állampolgársága: \_\_\_\_\_

Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása: \_\_\_\_\_

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: \_\_\_\_\_

**III. A szolgáltatás igénylésének napja és ideje:**

Dátum : \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hónap \_\_\_\_\_ nap

Ideje : \_\_\_\_\_ óra \_\_\_\_\_ perc

Kelt: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hónap \_\_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
Kérelmező vagy törvényes  
képviselő aláírása