

Segítő Kéz Szociális Alapszolgáltató Intézmény**2091 Etyek Magyar u.1.****Tel:06-22/597-000****Fax:06-22/597-001**

Családi bölcsőde törzslap, Nyilvántartás a gyermekjóléti alapellátásban részesülő személyekről
sorszám:

| | |
|--|---|
| Gyermek adatai | |
| név | |
| születési név | |
| anyja születési neve | |
| születési hely, idő | |
| TAJ szám: | |
| lakóhely | |
| tartózkodási hely | |
| értesítési cím | |
| állampolgárság | |
| egyéb jogállása | |
| cselekvőképessége | |
| Törvényes képviselő adatai | |
| név | |
| születési név | |
| telefonszáma | |
| lakóhely | |
| tartózkodási hely | |
| értesítési cím | |
| Hozzá tartozó adatai | |
| név | |
| születési név | |
| telefonszáma | |
| lakóhely | |
| tartózkodási hely | |
| értesítési cím | |
| kérelem előterjesztésének időpontja, | |
| oron kívüli ellátásra vonatkozó igény | |
| ellátás megkezdésének dátuma | |
| ellátás megszüntetésének dátuma | |
| ellátás megszüntetésének módja | |
| ellátás megszüntetésének oka | |
| a jogosultság megállapításához szükséges jövedelemi adat | intézményi térítési díjat (Ft/nap) fizet vagy személyi térítési díjat (Ft/nap) fizet |
| térítési díj elmaradása (mikortól milyen összeg, megtett intézkedés) | |
| a gyermek hátrányos / halmozottan hátrányos helyzetű megállapításának ideje /oka | |
| Gyermek érdekében történt hatósági intézkedés megnevezése, ideje | |