

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

ESETNAPLÓ

Esetfelelős: _____

Kliens neve: _____ egyéni azonosító száma: _____

születés helye, éve: _____ anyja

neve: _____

Címe: _____

Nyilvántartásba vétel kelte: _____ száma: _____

Gazdasági aktivitás: aktív kereső / munkanélküli / inaktív kereső / nyugdíjas /
eltartott

Iskolai végzettség: gyerek (még nem tanköteles) / 8 osztálynál kevesebb / 8 osztály / 10
osztály / szakmunkásképző, szakiskola / szakközépiskola / gimnázium /
felsőfokú végzettség

Családi állapot: egyedülálló / házas /élettársi kapcsolat
gyermek nélküli / gyermeket nevelő család

Gyermekei száma, neve,életkora: _____

Gondozásba vételének dátuma: _____

Gondozás megszüntetésének dátuma: _____

Ellenőrzés (időpontja, aláírás):

--	--	--	--	--

MEGÁLLAPODÁS

Az intézményt felkereső kliens, _____ név,
szül. lakcím valamint a **Segítő Kéz Szociális Alapszolgáltató Intézmény** között .

Probléma rövid leírása: _____

Az elérendő cél érdekében megvalósítandó feladatok: _____

Cselekvési terv: _____

Az együttműködés módja: _____

Találkozások rendszeressége: _____

A folyamatba bevonandó szolgáltatók, intézmények: _____

Várható eredmény: _____

Lezárás időpontja: _____

Nyilatkozat

Tájékoztatást az ellátás igénybevételének feltételeiről, az együttműködés és a segítő folyamat menetéről, a nyilvántartás szabályairól, és a panaszok kezeléséről megkaptam, és az együttműködést vállalom.