

NYUGDÍJASHÁZI ELHELYEZÉSI KÉRELEM

Alulírott.....(születési név:
 születési hely, idő:....., anyja neve:),
 mint a város, község kerület irányítószám
 utca házszám emelet ajtószám alatti lakos

kérelmezem nyugdíjasházi elhelyezésemet.

Kérjük olvashatóan, nyomtatott nagybetűkkel kitölteni!

Kérelmező adatai		Kérelmező házastársának/élettársának adatai	
Neve:		Neve:	
Születési név:		Születési név:	
Anyja neve:		Anyja neve:	
Születési hely:		Születési hely:	
Születési ideje:		Születési ideje:	
Szig.szám:		Szig.szám:	
Telefonszám:		Telefonszám:	

A kérelmezőnek a megfelelő rovatot „X” jelzéssel kell ellátnia!

Nyugdíjasházi elhelyezését mely épületben kéri?			
Harang utca 1.		Hatvany Lajos utca 1.	
Harrer Pál utca 4.		Őszike utca 8.	
		Szerúskert utca 39.	
		Víziorgona utca 12.	

A költöző személy(ek) egészségi állapotára vagy korára tekintettel milyen lakást kér?			
Földszinti		Emeleti	
Egyéb igény megjelölése:		Mindegy	

A kérelmező szociális körülményei:	
Kérelmező nettó jövedelme: Ft/hó
A kérelmezővel együtt költöző nettó jövedelme: Ft/hó

A nyugdíjasházi lakás megváltásának módja:	
Készpénz	
Önkormányzati lakás visszaadása	
Magántulajdon eladása	

Nyilatkozatok

1. Alulírott büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy az általam megadott adatok a valóságnak megfelelnek és hozzájárulok azok ellenőrzéséhez, kezeléséhez, nyilvántartásához, valamint helyszíni környezetanulmány készítéséhez. Egyben tudomásul veszem, hogy hiányosan csatolt melléletek, vagy valótlán adatok esetén a kérelmem elutasításra kerül.
2. Kötelezettséget vállalok arra, hogy írásban bejelentem az Óbudai Vagyonkezelő Zrt-nek (1033 Budapest, Mozaik utca 7.) ha a kért lakásra nem tartok igényt.

Budapest, 20.....

.....
Kérelmező aláírása

.....
Házastárs/élettárs aláírása

ORVOSI VÉLEMÉNY
Nyugdíjasházi elhelyezési kérelem melléklete

Az orvosi vizsgálat eredménye alapján.....(vizsgált személy neve)

Születési név:

Anyja neve:

Születési hely:

Születési ideje:

Egészségi állapota:
.....
.....

Betegsége
(látás,hallás):
.....

Kérjük a megfelelő rovatot „X” jelzéssel ellátni!

Mozgásképesség:	mozgásképes	<input type="checkbox"/>	mozgásában korlátozott	<input type="checkbox"/>	mozgásképtelen	<input type="checkbox"/>
Fertőző betegségben, veszélyeztető elmebetegségben:			szenved	<input type="checkbox"/>	nem szenved	<input type="checkbox"/>
Kórokozó hordozó:			igen	<input type="checkbox"/>	nem	<input type="checkbox"/>
Indokoltnak tartom és javaslom nyugdíjasházi elhelyezését:			igen	<input type="checkbox"/>	nem	<input type="checkbox"/>

Budapest, 201.....év.....hó.....napján

.....

házi orvos, kezelő orvos
aláírás

KITÖLTÉSI ÚTMUTATÓ:

1. A kérelmét kizárólag ezen űrlapon nyújthatja be.
2. Kérjük a kérelmet olvashatóan, nyomtatott nagybetűkkel kitölteni!
3. Benyújtás előtt a kérelem írja alá, mert az arra jogosult aláírása nélkül érvénytelen!
4. Mielőtt a kérelmet benyújtaná, bizonyosodjon meg arról, hogy minden vonatkozó rovatot kitöltött, és minden szükséges dokumentumot csatolt, továbbá minden kötelezően előírt helyen aláírta a kérelmet!
5. Abban az esetben, ha meghatalmazottja jár el a kérelem benyújtása során kérjük a meghatalmazást minden esetben csatolni szíveskedjen a kérelemhez.

A meghatalmazásban minden esetben szerepeljen a Meghatalmazó neve (szül. idő-hely, anyja neve) illetőleg a Meghatalmazott neve (szül. idő-hely, anyja neve), továbbá a meghatalmazás célja. A meghatalmazást mind a Meghatalmazó, mind a Meghatalmazottnak, továbbá két tanúnak szükséges aláírnia.

A kérelmét és az ahhoz szükséges dokumentumokat Ügyfélszolgálati Irodánkon (1033 Budapest, Mozaik u. 7.) tudja leadni az alábbi időpontokban.

ÜGYFÉLFOGADÁSI IDŐ:

hétfő	8.30 – 17.30
kedd	8.30 – 16.00
szerda	8.30 – 16.00
csütörtök	8.30 – 16.00
péntek	8.30 – 12.00