

NYILATKOZAT

Alulírott (szül. hely, idő)(lakcím)
 sz. alatti lakos ellátást igénylő kijelentem, hogy

- cselekvőképességet teljesen korlátozó / részlegesen korlátozó / ideiglenes gondnokság alatt	<i>áll(ok)</i>	<i>nem áll(ok)</i>
- cselekvőképességet nem érintő támogatásban	<i>részesül(ök)</i>	<i>nem részesül(ök)</i>
- öröklési / tartási / életjáradéki szerződésem	<i>van</i>	<i>nincs</i>
- ápolási díjat utána(m)	<i>folyósítanak</i>	<i>nem folyósítanak*.</i>

Nyilatkozom, hogy a fentieket alátámasztó dokumentumokat a *nyilatkozattal egyidejűleg, vagy a nyilatkozattételt követő legfeljebb 8 napon belül** becsatolom.

Tudomásul veszem, hogy amennyiben a fenti körülményekben változás áll be, úgy azt az intézmény felé haladéktalanul közlöm.

Szentgotthárd,.....

 ellátást igénylő és/vagy törvényes képviselő

**A megfelelő rész aláhúzendó!*