

érkeztetőszám: SZOC-...../.....

előzményszám/üi.:



NYÍREGYHÁZA
MEGYEI JOGÚ VÁROS
POLGÁRMESTERI HIVATALA

SZOCIÁLIS ÉS KÖZNEVELÉSI OSZTÁLY

4401 NYÍREGYHÁZA, KOSSUTH TÉR 1. PF.: 83.

TELEFON: +36 42 524-585; FAX: +36 42 524-586

E-MAIL: NYHSZOC@NYIREGYHAZA.HU

K É R E L E M

ÁPOLÁSI DÚ MEGSZÜNTETÉSE IRÁNT

Az ápoló adatai:

Név: a.n.:

Születési idő: TAJ szám:

Lakcím:

A megszüntetés iránti kérelem indokolása:

– **az ápoló elhunyt:** 20.....évhónapján

(A halotti anyakönyvi kivonat másolatát csatolom.)

– **az ápoló munkát vállalt:** 20..... évhónapjától

(Az erről szóló munkaszerződés másolatát kérelmemhez csatolom.)

– **az ápoló iskolai tanulmányokat folytat:** 20..... évhónapjától

(Az erről szóló igazolást csatolom.)

– **az ápoló egyéb rendszeres pénzellátásban részesül:** 20...évhó ...napjától

(Nyugdíj, GYES, GYET, stb.) ((Az erről szóló határozatát másolatát csatolom.)

– **az ápoló intézményi ellátott lett:** .20..... évhónapjától

(Az erről szóló dokumentum másolatát csatolom.)

- **az ápolási tevékenységet más látja el:** 20.....év.....hó.....napjától

egyéb:

.....

.....

Nyíregyháza, 202.....

.....

bejelentő aláírása, lakcíme

