

 **Mór VárosI Önkormányzat**

 8060 Mór, Szent István tér 6.

Telefon: 06-22-560-823, e-mail: morph@mor.hu

**Segítségre szoruló személy bejelentése**

**I. Kérelmező adatai**

Név: ………………………………………………………………………………………………

Születési név: …………………………………………………………………………………...

Szül. hely, idő: …………………………………………………………………………………..

Lakóhely: ………………………………………………………………………………………..

Telefonszám: ……………………………………………………………………………………

E-mail cím: ………………………………………………………………………………………

**II. Kérelmet benyújtó személy adatai (amennyiben nem egyezik meg az I. pont szerinti kérelmezővel)**

Név: ………………………………………………………………………………………………

Lakóhely: ………………………………………………………………………………………..

Telefonszám: ……………………………………………………………………………………

E-mail cím: ………………………………………………………………………………………

**III. Kért segítség**

1. kezdő időpontja: ……………………………………………………………………………..

2. módja:

 bevásárlás

gyógyszerek kiváltása TAJ: …………………… Háziorvos:……………………….

egyéb: ……………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………….

Mór, 2020. ………………………

 ……………………………

 aláírás