19. számú megszüntetés melléklet

(1993. évi III. tv. 94/A § (1), (2) bekezdése alapján)

**Értesítés**

*szociális alapszolgáltatás megszűntetéséről*

***Név: ………………………………………………………………………………………………….***

***Leánykori név:……………………………………………………………………………………***

***Anyja neve:……………………………………………………………………………………….***

***Születési hely, idő:………………………………………………………………………………***

***Lakcím:………………………………………………………………………………………………….***

***Értesítem, hogy………………………………………………………………………………alapszolgáltatást***

***……………………………….év…………………….hó…………………………..napjával***

* **a jogosult elhalálozása**
* **szociális szolgáltató/ intézmény jogutód nélküli megszűnése**
* **határozott időtartam lejárta**
* **másik szolgáltatóhoz/ intézményhez történő áthelyezése**
* **a házirend súlyos megsértése**
* **az ellátás indokoltságának megszűnése**
* **egyéb:……………………………………………………………………………………………**

 **okok miatt megszüntetem**

**A fenti értesítés ellen a kézhezvételtől számított 8 napon belül a szolgáltató/ intézmény fenntartójához fordulhat.**

**Dátum:…………….év………………..hó…………….nap**

 **……………………………………………..**

 **intézmény vezető**