

Kérelem étkeztetés igénybevételéhez

1. Az ellátást igénybe vevő adatai:	
Név:	
Születési neve:	
Anyja neve:	
Születési helye, időpontja:	
Lakóhelye:	
Tartózkodási helye:	
Állampolgársága:	
Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása:	
Társadalombiztosítási Azonosító Jele:	
Tartására köteles személy	
a) neve:	
b) lakóhelye:	
Telefonszáma:	
Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)	
a) neve:	
b) lakóhelye:	
c) telefonszáma:	
Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma:	

2. Milyen típusú ellátás igénybevételét kéri		
2.1. alapszolgáltatás		
étkeztetés		<input type="checkbox"/>

3. A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételére vonatkozó adatok:		
3.1. Étkeztetés		<input type="checkbox"/>
milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:		
milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását:		
az étkeztetés módja:		
- helyben fogyasztás		<input type="checkbox"/>
- elvitellel		<input type="checkbox"/>
- kiszállítással		<input type="checkbox"/>
- diétás étkeztetés		<input type="checkbox"/>

Alulírott nyilatkozom, hogy más szolgáltatónál, intézménynél szociális alapszolgáltatást (étkeztetés, házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, nappali ellátás) **nem veszek igénybe, igénybe veszek.** (megfelelő aláhúzendő)

Dátum:
Az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása:

I. Egészségi állapotra vonatkozó igazolás (a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)

Név:

Születési hely, idő:

Lakóhely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jel (TAJ):

1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás és nappali ellátás igénybevétele esetén (idős, fogyatékos demens személyek részére) igénybevétele esetén (házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás esetében az 1.1 pontot nem kell kitölteni):

1.1. önellátásra vonatkozó megállapítások:

önellátásra képes részben képes segítséggel képes

1.2. szenved-e krónikus betegségben:

1.3. fogyatékoság típusa (hallássérült, látássérült, mozgássérült, értelmi sérült) és mértéke:

1.4. rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e:

1.5. gyógyszerek adagolásának ellenőrzése szükséges:

1.6. szenvedett fertőző betegségben 6 hónapon belül:

1.7. egyéb megjegyzések:

3. Soron kívüli elhelyezése indokolt:

A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:

Dátum:

Orvos aláírása:

P. H.

II. Jövedelemnyilatkozat étkeztetés igényléséhez

Név:

Születési név:

Anyja neve:

Születési hely, idő:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

(itt azt a lakcímet kell megjelölni, ahol a kérelmező életvitelszerűen tartózkodik)

Telefonszám (nem kötelező megadni):

Az 1993. évi III. törvény 117/B.§-a szerint a mindenkori intézményi térítési díjjal azonos személyi térítési díj megfizetését az ellátást igénylő vagy a térítési díjat megfizető más személy vállalja – e (a rovat kitöltése nem minősül tényleges vállalásnak):

- igen** – ebben az esetben a Jövedelemnyilatkozat további részét és a „III. Vagyonynyilatkozat” nyomtatványt nem kell kitölteni,
- nem.**

Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó jövedelmi adatok:

A jövedelem típusa	Nettó összege
Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó	
Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, szellemi és más önálló tevékenységből származó	
Táppénz, gyermekgondozási támogatások	
Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások	
Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások	
Egyéb jövedelem	
Összes jövedelem	

Kiskorú igénybevevő esetén a családban élőkre vonatkozó (nettó) jövedelmi adatok:

A család létszáma: fő		Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, szellemi és más önálló tevékenységből származó	Táppénz, gyermek- gondozási támogatások	Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások	Egyéb jövedelem
Az ellátást igénybe vevő kiskorú							
A közeli hozzátartozók neve, születési ideje	Rokoni kapcsolat						
Összesen:							

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek. A térítési díj megállapításához szükséges jövedelmet igazoló bizonylatokat egyidejűleg csatolom. Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak az eljárás során történő felhasználásához.

Dátum:

.....
Az ellátást igénybe vevő
(törvényes képviselő) aláírása