**KÉRELEM**

***szociális étkezés igénybevételéhez***

**1. Az ellátást kérelmező adatai:**

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

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

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

Születési helye, időpontja:………………………………………………………………………………..

Lakóhelye:………………………………………………………………………………………………..

Tartózkodási helye:……………………………………………………………………………………….

Állampolgársága:…………………………………………………………………………………………

Bevándorolt, letelepedett vagy menekült, hontalan jogállása, szabad mozgás és tartózkodás joga:……..

…………………………………………………………………………………………………………….

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:……………………………………………………………………

**Az ellátást kérelmező cselekvőképes: igen nem**

**Amennyiben nem, úgy törvényes képviselőjének:**

1. neve:…………………………………………………………………………………………….
2. születési neve:…………………………………………………………………………………..

c.) anyja neve:……………………………………………………………………………………..

1. születési helye, időpontja:………………………………………………………………………
2. lakóhelye:………………………………………………………………………………………
3. tartózkodási helye:………………………………………………………………………………
4. telefonszáma:……………………………………………………………………………………

**a tartására kötelezett személy:**

1. neve:…………………………………………………………………………………………….
2. születési neve:…………………………………………………………………………………..

c.) anyja neve:……………………………………………………………………………………..

1. születési helye, időpontja:………………………………………………………………………
2. lakóhelye:………………………………………………………………………………………
3. tartózkodási helye:………………………………………………………………………………
4. telefonszáma:……………………………………………………………………………………

**Legközelebbi hozzátartozójának:**

1. neve:…………………………………………………………………………………………….
2. születési neve:…………………………………………………………………………………..

c.) anyja neve:……………………………………………………………………………………..

1. születési helye, időpontja:………………………………………………………………………
2. lakóhelye:………………………………………………………………………………………
3. tartózkodási helye:………………………………………………………………………………
4. telefonszáma:……………………………………………………………………………………

1. **A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételére vonatkozó adatok:**

Szociális étkeztetés igénybevétele (elvitellel):

Mely időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását (hónap, nap): ……………………………………… Milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását: ……………………………………..

**Az egészségi állapotra vonatkozó igazolást (következő oldal) a 60. életévüket betöltött személyeknél nem szükséges kitölteni!**

Dátum:…………………………

……………………….……………………………..

az ellátást kérelmező (törvényes képviselő) aláírása

|  |
| --- |
| **EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS** |

# (a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)

Név (születési név): ..............................................................................................................................................

Születési hely, idő: ...............................................................................................................................................

Lakóhely: ..............................................................................................................................................................

Társadalombiztosítási Azonosító Jel: ...................................................................................................................

|  |
| --- |
| **1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás igénybevétele esetén.** |
| 1.1. krónikus betegségek: |
| 1.2. fertőző betegségek: |
| 1.3. fogyatékosság típusa és mértéke: |
| 1.4. egyéb megjegyzések (pl. speciális diéta): |
| **2. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételére vonatkozóan igazolom,** hogy egészségi állapota alapján a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás biztosítása |
| **indokolt** □ **nem indokolt** □ |
| **3. Átmeneti elhelyezés (az éjjeli menedékhely kivételével), ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmények, lakóotthon esetén** |
| 3.1. esettörténet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan): |
| 3.2. teljes diagnózis (részletes felsorolással, BNO kóddal): |
| 3.3. prognózis (várható állapotváltozás): |
| 3.4. ápolási-gondozási igények: |
| 3.5. speciális diétára szorul-e: |
| 3.6. szenvedélybetegségben szenved-e: |
| 3.7. pszichiátriai megbetegedésben szenved-e: |
| 3.8. fogyatékosságban szenved-e (típusa, mértéke): |
| 3.9. demenciában szenved-e: |
| 3.10. gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre: |
| **4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:**    **Dátum:** **Orvos aláírása:** **P. H.**  Szükség esetén külön melléklet csatolandó az igazoláshoz! |

**JÖVEDELEMNYILATKOZAT**

**Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó személyes adatok:**

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. Vagyonnyilatkozat” 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 igénybe vevő 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  támoga- tások | Önkormányzat és munkaügyi  szervek által  folyósított ellátások | Nyugellá- tás és  egyéb  nyugdíj- szerű  rendszeres szociális ellátások | Egyéb jöve- delem |
| **Az ellátást igénybe vevő kiskorú** | |  |  |  |  |  |  |
| **A közeli hozzátartozók neve,**  **születési ideje** | **Rokoni kapcsolat** |  |  |  |  |  |  |
| **1)** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2)** |  |  |  |  |  |  |  |
| **3)** |  |  |  |  |  |  |  |
| **4)** |  |  |  |  |  |  |  |
| **5)** |  |  |  |  |  |  |  |
| **ÖSSZESEN:** | |  |  |  |  |  |  |

*(szükség esetén a táblázat sorai bővíthetők)*

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

**Dátum: ................................................**

**................................................................**

**Az ellátást igénybe vevő**

**(törvényes képviselő) aláírása**

# NYILATKOZAT ALAPSZOLGÁLTATÁS IGÉNYBEVÉTELÉRŐL

Alulírott ……………………………………. (ellátást kérelmező vagy törvényes képviselője)

nyilatkozom , hogy a Kérelem benyújtásának időpontjában más szociális alapszolgáltatást

igénybe veszek / nem veszek igénybe. *(megfelelő aláhúzandó)*

Az alábbi szociális alapszolgáltatásokat veszem igénybe *(csak a fentiekben bejelölt „igénybe veszek” válasz esetén kitöltendő):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Szolgáltatás típusa** | **Szolgáltató neve / címe** | **Igénybevétel kezdete** |
| szociális étkeztetés |  |  |
| házi segítségnyújtás |  |  |
| jelzőrendszeres házi segítségnyújtás |  |  |
| közösségi ellátások, |  |  |
| támogató szolgáltatás |  |  |
| nappali ellátás |  |  |

Felhívom a figyelmét arra, hogy amennyiben népkonyha, családsegítés, utcai szociális munka, nappali melegedő, falu és tanyagondnoki szolgáltatást, valamint szenvedélybetegek részére nyújtott alacsony küszöbű szolgáltatást vesz igénybe, arról nem kell nyilatkoznia.

Kelt: ………………………………….

……………………………………………..

Ellátást kérelmező / törvényes képviselő