**KÉRELEM**

***a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás - szociális étkeztetés - igénybevételéhez***

1. **Az ellátást kérelmező adatai:** Név:………………………………………………………………………………………………………. Születési név:……………………………………………………………………………………...……… Anyja neve:………………………………………………………………………………………………. Születési hely, idő:……………………………………………………………………………………….. Lakóhely:……………………………………………………………………………………………..….. Tartózkodási hely:………………………………………………………………………………….….…. Állampolgárság:………………………………………………………………………………………..… Bevándorolt, letelepedett vagy menekült, hontalan jogállás, szabad mozgás és tartózkodás joga:…….....

……………………………………………………………………………………………………………. Társadalombiztosítási azonosító jel:………………………………………………………………………

**Az ellátást kérelmező cselekvőképes:**

□ igen

□ nem

**Amennyiben nem, úgy**

**törvényes képviselőjének:**

a) neve:……………………………………………………………………………………………. b) születési neve:………………………………………………………………………………….. c.) anyja neve:…………………………………………………………………………………….. d) születési helye, ideje:……...…………………………………………………………………… e) lakóhelye:……………………………………………………………………………….……… f) tartózkodási helye:……………………………………………………………………………… g) telefonszáma:…………………………………………………………………………………… **a tartására kötelezett személy:**

a) neve:……………………………………………………………………………………………. b) születési neve:………………………………………………………………………………….. c.) anyja neve:……………………………………………………………………………………... d) születési helye, ideje:…………………………………………………………………………… e) lakóhelye:……………………………………………………………………………………..… f) tartózkodási helye:………………………………………………………………………………. g) telefonszáma:……………………………………………………………………………………

**A kérelmező legközelebbi hozzátartozójának:**

a) neve:……………………………………………………………………………………………. b) születési neve:………………………………………………………………………………….. c.) anyja neve:…………………………………………………………………………………….. d) születési helye, ideje:…………………………………………………………………………… e) lakóhelye:………………………………………………………………..……………………… f) tartózkodási helye:………………………………………………………….…………………… g) telefonszáma:……………………………………………………………………………………

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

Szociális étkeztetés igénybevétele:

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

Az étkeztetés módja:

□ elvitellel

□ kiszállítással

1. **Nyilatkozat:**

Hozzájárulok, hogy háziorvosom (kezelőorvosom) az egészségi állapotomról a szociális étkezési igénybevételi eljárás során adatot szolgáltasson.

Hozzájárulok továbbá személyes adataimnak az eljárás során történő felhasználásához, kezeléséhez.

Kelt: Gyöngyöshalász, ………. (év) ………………. (hónap) ……. (nap)

…………………………………………….………..

az ellátást kérelmező (törvényes képviselő) aláírása

**JÖVEDELEMNYILATKOZAT**

### Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó személyes adatok:

Név: .......................................................................................................................................................

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

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

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

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

Tartózkodási hely: .................................................................................................................................

Telefonszám: ...............................................................................................................................................

**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 (Ft)** |
| 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 támogatások | Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások | Nyugellátás és egyéb nyugdíj- szerű rendszeres szociális ellátások | Egyéb jövedelem |
| **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 dokumentumokat egyidejűleg csatoltam. Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak az eljárás során történő felhasználásához.

Kelt: Gyöngyöshalász, ………. (év) ………………. (hónap) ……. (nap)

…………………………………………….………..

az ellátást kérelmező (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.

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 |  |  |

# 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: Gyöngyöshalász, ………. (év) ………………. (hónap) ……. (nap)

…………………………………………….………..

az ellátást kérelmező (törvényes képviselő) aláírása

**ORVOSI IGAZOLÁS**

Szociális rászorultság igazolása egészségi állapot alapján

Név:..................................................................................................................................................................

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

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

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

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

Tartózkodási hely: .....................................................................................................................................

**Igazolom, hogy fent nevezett egészségi állapota miatt étkeztetését nem képes biztosítani.**

# Megjegyzés az egészségi állapotra vonatkozóan:

..............................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................

Kelt: ………………………….,, ………. (év) ………………. (hónap) ……. (nap)

Ph.

……………………………………

háziorvos / kezelőorvos aláírása