

## **Kérelem személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás körébe tartozó ÉTKEZTETÉS igénybevételéhez**

### **1. Az ellátást igénybe vevő adatai:**

Név: \_\_\_\_\_

Születési név: \_\_\_\_\_

Anyja neve: \_\_\_\_\_

Születési helye, időpontja: \_\_\_\_\_

Lakóhely: \_\_\_\_\_

Tartózkodási hely: \_\_\_\_\_

Értesítési cím: \_\_\_\_\_

Telefonszám: \_\_\_\_\_

Állampolgárság: \_\_\_\_\_

Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása: \_\_\_\_\_

Társadalombiztosítási Azonosító Jel: \_\_\_\_\_

### **2. Tartására köteles személy:**

a) neve: \_\_\_\_\_

b) lakóhelye: \_\_\_\_\_

c) telefonszáma: \_\_\_\_\_

### **Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)**

a) neve: \_\_\_\_\_

b) lakóhelye: \_\_\_\_\_

c) telefonszáma: \_\_\_\_\_

Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma: \_\_\_\_\_

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

#### **3.1. Étkeztetés:**

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: \_\_\_\_\_

Milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását: \_\_\_\_\_

Az étkeztetés módja *(a megfelelő aláhúzendő):*

- helyben fogyasztás
- elvitellel
- kiszállítással
- diétás étkeztetés

**4. Kijelentem, hogy más szolgáltatónál, intézménynél alapszolgáltatást (étkezés, házi segítségnyújtásjelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás)**

- nem veszek igénybe - ebben az esetben a nyilatkozat további részét nem kell kitölteni,
- igénybe veszek:
  - étkeztetést
  - házi segítségnyújtást
  - jelzőrendszeres házi segítségnyújtást

Szolgáltató / intézmény megnevezése és címe:

---

---

**5. Kijelentem, hogy (a megfelelő aláhúzóval):**

- ápolási díjban  részesülök  
 nem részesülök
- érvényes tartási, öröklési vagy életjáradéki szerződéssel  rendelkezem  
 nem rendelkezem
- szenvedélybetegségem kezelése érdekében a Családsegítő Központtal  együttműködöm  
 nem működök együtt

**Nyilatkozat**

- Nyilatkozom, hogy az ellátás feltételeiről szóló tájékoztatást megkaptam, azt tudomásul vettem és tiszteletben tartom.
- Nyilatkozom, hogy az ellátásra való jogosultság feltételeiben, valamint a saját és közeli hozzátartozóm természetes személyazonosító adataiban bekövetkező változásokat haladéktalanul bejelentem a szolgáltató számára.
- Hozzájárulok, hogy háziorvosom (kezelőorvosom) az egészségi állapotomról a szociális étkezési igénybevételi eljárás során adatot szolgáltatson.
- Hozzájárulok személyes adataimnak az eljárás során történő felhasználásához, kezeléséhez.

**Kelt: ....., 20.....év.....hó.....nap**

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

## 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: .....

**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 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	
<b>Összes jövedelem</b>	

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek. A térítési díj megállapításához szükséges jövedelmet igazoló bizonylatokat egyidejűleg csatoltam. Nyilatkozom, hogy az adatokban bekövetkező változást haladéktalanul bejelentem a szolgáltató számára.

**Kelt:** ....., 20.....év.....hó.....nap

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

## Egészségi állapotra vonatkozó igazolás

(A háziorvos, kezelőorvos tölti ki! Fogytékosság esetén szakorvosi igazolás becsatolása is szükséges!)

Név: \_\_\_\_\_

Születési név: \_\_\_\_\_

Születési hely, idő: \_\_\_\_\_

Lakóhely: \_\_\_\_\_

Tartózkodási hely: \_\_\_\_\_

Társadalombiztosítási Azonosító Jel: \_\_\_\_\_

### 1. Alapszolgáltatás (szociális étkezés) igénybevétele esetén:

1.1. önellátásra vonatkozó megállapítások (a megfelelő aláhúzendő):

**önellátásra képes**

**részben képes**

**segítséggel képes**

1.2. Sz szenved-e krónikus betegségben, ha igen, annak megnevezése:

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

1.4. Rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e? (a megfelelő aláhúzendő):

**igen**

**nem**

1.5. Gyógyszerek adagolásának ellenőrzése szükséges-e? (a megfelelő aláhúzendő):

**igen**

**nem**

1.6. Sz szenvedett-e fertőző betegségben 6 hónapon belül? (a megfelelő aláhúzendő):

**igen**

**nem**

1.7. Az étel házhozszállítása indokolt-e? (a megfelelő aláhúzendő):

**igen**

**nem**

### 2. A szociális étkezés igénybevételére vonatkozóan igazolom, hogy az ellátást

**igénylő** egészségi állapota alapján az ellátás biztosítása (a megfelelő aláhúzendő):

**indokolt**

**nem indokolt**

2.1. Speciális diéta szükséges (a megfelelő aláhúzendő): **igen** **nem**

2.2. Sz szenvedélybetegségben szenved-e? (a megfelelő aláhúzendő): **igen** **nem**

2.3. Pszichiátriai betegségben szenved-e? (a megfelelő aláhúzendő): **igen** **nem**

### 3. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kelt: ....., 20.....év.....hó.....nap

**P.H.**

orvos aláírása