

## I.

### Kérelem személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás körébe tartozó

### 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: \_\_\_\_\_

#### **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:

- helyben fogyasztás
- elvitellel
- kiszállítással
- diétás étkeztetés

**4. Kijelentem, hogy más szolgáltatónál, intézménynél alapszolgáltatást (étkezés, házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres 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:**

- 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***

*Hozzájárulok, hogy házi orvosom (kezelő orvosom) az egészségi állapotomról a szociális étkezési igénybevételi eljárás során adatot szolgáltatson.*

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

Kelt: 20\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
Az ellátást igénybe vevő  
(törvényes képviselő) aláírása

## II. 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 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.*

Dátum: 20 \_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
Az ellátást igénybe vevő

*(törvényes képviselő) aláírása*

## 1.számú melléklet

### NYILATKOZAT alapszolgáltatás igénybevételéről

2013.08.01-től hatályos jogszabályi előírások alapján, jelen formanyomtatvány saját felelősségre

Alulírott..... (alapszolgáltatást igénylő személy vagy törvényes képviselője) a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről szóló 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelet 18. § (1)-(2) bekezdés értelmében nyilatkozom, hogy kérelmezés időpontjában más szociális alapszolgáltatást.

nem veszek igénybe / igénybe veszek. (megfelelő aláhúzendő)

Az alábbi szociális alapszolgáltatásokat veszem igénybe (igénybe veszek válasz esetén kitöltendő)

Szolgáltatás típusa	Szolgáltató neve, címe	Igénybevétel kezdete
étkeztetés		
házi segítségnyújtás		
jelzőrendszeres házi segítségnyújtás		
közösségi pszichiátriai ellátás		
szenvédélybetegek közösségi ellátása		
támogató szolgáltatás		
idősek nappali ellátása		
demens nappali ellátás		
fogyatékos személyek nappali ellátása		
pszichiátriai betegek nappali ellátása		
szenvédélybetegek nappali ellátása		

.....  
aláírás