

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 igénybevételei 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	
Összes jövedelem	

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

I. Egészségi állapotról 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 (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:

2. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:

Dátum:

Orvos aláírása:

P. H.

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)