

**Kérelem szociális szolgáltatás körében biztosított
étkeztetés igénybevételéhez**

I. Kérelmező adatai:

Név:

Születési név:

Születési hely: Születési idő:

Anyja neve:

Állandó lakóhely:

Tartózkodási hely:

TAJ szám: □□□ □□□ □□□

Telefonszám (nem kötelező megadni):

Állampolgársága:

- ☐ magyar,
☐ bevándorolt/letelepedett,
☐ menekült/hontalan/oltalmazott.

A kérelmező családi körülménye:

- ☐ egyedül élő (egyszemélyes háztartásban lakik)
☐ házastársával, élettársával lakik együtt
☐ egyedülálló (hajadon, nőtlen, elvált, özvegy,
házastársától külön lakcímen él)

A kérelmezővel egy háztartásban élők száma (kérelmező nélkül):.....fő

II. Tartására köteles személy

Neve:

Lakcíme:.....

Telefonszáma (nem kötelező megadni):.....

Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)

Neve:

Lakcíme:.....

Telefonszáma (nem kötelező megadni):.....

**III. Az étel igénybe vételi helyre (lakcím, vagy ahol a kérelmező életvitelszerűen tartózkodik)
történő kiszállítását**

kérem/nem kérem.³⁷

³⁷ Aláhúzással jelölendő

IV. Nyilatkozatok

Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt jövedelmi adatok valódiságát a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 10. §-ának (7) bekezdése alapján a szociális hatáskört gyakorló szerv - az állami adóhatóság illetékes igazgatósága útján - ellenőrizheti.

Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához.

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek.

Tudomásul veszem, hogy valótlan adatközlés esetén az ellátás megszüntetésre kerül, a jogosulatlanul és rosszhiszeműen igénybevett ellátást visszafizetésére kötelezetté válok.

.....,évhónap.....nap

.....

kérelmező aláírása

B

Egészségügyi állapotra vonatkozó adatok (a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)

1.

Név:

Születési név:

Születési hely: Születési idő:

Anyja neve:

Állandó lakóhely:

TAJ szám: □□□ □□□ □□□

1.1. Önellátásra vonatkozó megállapítások:

önellátásra képes ☐ részben képes ☐ segítséggel képes ☐

1.2. Szenved-e krónikus betegségben:

1.3. Fogycatékossáé 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. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:

.....

.....

.....,évhónap.....nap

.....

hááiorvos aláírása