

## Nyíradonyi Szociális és Gyermekjóléti Szolgáltatási Központ

4254 Nyíradony, Dózsa Gy. u. 5.

Tel: 52/204-324, 52/593-073

E-mail: szocialiskozpont@nyiradony.hu

### KÉRELEM

#### szociális étkeztetés igénybevételéhez

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

Név: .....  
Születési neve: .....  
Anyja születési neve: .....  
Születési helye, időpontja: .....  
Lakóhelye: .....  
Tartózkodási helye: .....  
Értesítési címe: .....  
Telefonszáma: .....  
Állampolgársága: (huzamos tartózkodási jogosultsága, menekült, hontalan jogállása, a szabad mozgás és tartózkodás jogára vonatkozó adat) .....  
Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....  
Cselekvőképessége:.....

#### Törvényes képviselő:

Neve, születési neve: .....  
Születési helye, ideje: .....  
Lakóhelye: .....  
Értesítési címe: .....

#### Értesítendő hozzátartozó:

Neve, születési neve: .....  
Születési helye, ideje: .....  
Lakóhelye: .....  
Értesítési címe: .....

#### 2. Az alábbi jogosultsági feltétel alapján kérem az étkeztetést:

- korom alapján (65. életévemet betöltöttem)
- egészségi állapotomra tekintettel:
  - rokkantsági ellátásban részesülök
  - rokkantsági járadékban részesülök
  - rehabilitációs ellátásban részesülök
  - egészségkárosodási és gyermekfelügyeleti támogatásban részesülök
- súlyos mozgáskorlátozott vagyok
- krónikus vagy akut megbetegedésemre tekintettel

- fogyatékkal élőknek minősülök:
  - fogyatékosági támogatásban részesülök
  - vakok személyi járadékában részesülök
  - magasabb összegű családi pótlékban részesülök
- pszichiátriai betegségemre tekintettel
- szenvedélybetegségemre tekintettel
- hajléktalan vagyok

A kérelemhez mellékelni szükséges a jogosultsági feltételt igazoló dokumentum másolatát!

Nyilatkozom, hogy

- a) fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelésben nem részesülök;
- b) tartós vagy átmeneti szakosított ellátást (idősek otthona, időskorúak gondozóháza, fogyatékos személyek otthona, szenvedélybetegek otthona, pszichiátriai betegek otthona, stb.) nem veszek igénybe;
- c) népkonyhai szolgáltatásban nem részesülök.

**3. Az ellátás igénybevételére vonatkozó adatok:**

A szolgáltatás biztosítását az alábbi időponttól kérem: .....

A szolgáltatás biztosítását az alábbi gyakorisággal kérem:

- naponta
- hetente
- hetente 1-2 alkalommal
- havonta 1-2 alkalommal

Az étkeztetés biztosítását az alábbi módon kérem:

- elvitellel
- kiszállítással
- helyben étkezéssel

Diétás étkezést

- nem igénylek
- igénylek (orvosi javaslatot szükséges mellékelni)

Egyéb megjegyzések az ellátással kapcsolatban: .....

.....

.....

Kelt: .....

.....  
 ellátást igénybe vevő és/vagy törvényes  
 képviselő aláírása