

## Nyíradonyi Szociális és Gyermekjóléti Szolgáltatási Központ

4254 Nyíradony, Dózsa Gy. u. 5.

Tel/Fax: 52/204-324; 52/593-073

E-mail: [szocialiskozpont@nyiradony.hu](mailto: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: .....  
(Bevándorolt, letelepedett vagy 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 betegségekre 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