

Nyíradonyi Szociális és Gyermekjóléti Szolgáltatási Központ

4254 Nyíradony, Dózsa Gy. u. 5.

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

E-mail: szocialiskozpont.nyiradony@gmail.com

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