

Étkeztetés és/vagy házi segítségnyújtás iránti kérelem

Kérelmező neve:
születési neve:
születési helye:.....
születési ideje:év: hónap: nap
anyja neve:
szem. ig. száma:
KGY igazolvány száma (ha van):
TAJ száma:
lakóhelye:
tartózkodási helye:
telefonszáma.:
cselekvőképesség mértéke: cselekvőképes/korlátozottan cselekvőképes/cselekvőképtelen (a megfelelőt kérjük aláhúzni)

Tartására köteles személy neve:.....
lakóhelye:.....
telefonszáma:

Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)

neve:
születési neve:.....
lakóhelye
telefonszáma:
az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma: fő

Az igényelt ellátás (Kérjük X-szel jelezni)

$\frac{1}{2\pi}$ étkeztetés

$\frac{1}{2\pi}$ házi segítségnyújtás

Soron kívül kéri-e az ellátás megállapítását? igen/nem (Kérjük aláhúzással jelezni)

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy szociálisan rászorult személynek minősülök, mert:

- a) *életkorom* miatt,
- b) *egészségi állapotom* miatt,
- c) *fogyatékössága, pszichiátriai betegsége, szenvedélybetegsége* miatt,
- d) a *hajléktalanság* miatt,
- e) a *jövedelmi helyzetem* miatt, mert a háztartásomban az 1 főre jutó havi jövedelem nem haladja meg az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének 200 %-át, vagy egyedülállóként a 250 %-át.

(Kérjük a megfelelő választ aláhúzni szíveskedjen!)

A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételére vonatkozó adatok:

a) **Étkeztetés esetén:**

Étkeztetés formája: **ebéd**
A szolgáltatás biztosításának igényelt időpontja:
gyakorisága:
Az étkeztetés módja: - **elvitel**
- **házhoz szállítás**

(Kérjük a megfelelő választ aláhúzni szíveskedjen!)

b) Házi segítségnyújtás esetén:

A szolgáltatás biztosításának igényelt időpontja:
Az ellátás gyakorisága:
Az igényelt segítségnyújtás típusa
 $\frac{1}{2\pi}$ segítség a napi tevékenységek ellátásában
 $\frac{1}{2\pi}$ bevásárlás, gyógyszerbeszerzés
 $\frac{1}{2\pi}$ személyi higiéné biztosítása, ápolás, felügyelet
 $\frac{1}{2\pi}$ ügyintézés
 $\frac{1}{2\pi}$ egyéb, éspedig:

(Kérjük a megfelelő választ aláhúzni szíveskedjen!)

Havi nettó jövedelem összege: Ft (A jövedelemről szóló igazolást kérjük csatolni)

Kijelentem, hogy a fentiekben közölt adatok a valóságnak megfelelnek, egyben hozzájárulok, hogy azokat a kérelem elbírálása céljából kezeljék.

Hozzájárulok ahhoz, hogy a házi orvos egészségi állapotomról felvilágosítást adjon, tudomásul veszem, hogy kérelmem alapján az Önkormányzat munkatársa lakásomon felkeres.

Az általános közigazgatási rendtartásról szóló 2016. évi CL. törvény 118. § (4) bekezdése alapján, támogató döntés esetén, jelen aláírással a döntéssel kapcsolatos fellebbezési jogomról, a mai napon lemondok és tudomásul veszem, hogy a fellebbezési jogról történő lemondó nyilatkozat nem vonható vissza.

Dátum

.....
az ellátást igénylő
(törvényes képviselő) aláírása