

3. melléklet a 3/2025. (IV. 1.) önkormányzati rendelethez

KÉRELEM

a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás – szociális étkeztetés – igénybevételéhez

1. Az ellátást kérelmező adatai:

Név:.....
Születési név:.....
Anyja neve:.....
Születési helye, ideje:.....
Lakóhelye:.....
Tartózkodási helye:.....
Állampolgársága:.....
Bevándorolt, letelepedett vagy menekült, hontalan jogállása, szabad mozgás és tartózkodás joga:.....
Társadalombiztosítási Azonosító Jele:.....
Személyazonosító igazolvány száma:.....
Nyugdíjas törzsszám:.....

Az ellátást kérelmező cselekvőképes: **igen** **nem**

Amennyiben nem, úgy:

törvényes képviselőjének:

- a) neve:.....
- b) születési neve:.....
- c) anyja neve:.....
- d) születési helye, ideje:.....
- e) lakóhelye:.....
- f) tartózkodási helye:.....
- g) telefonszáma:.....

a tartásra kötelezett személy:

- a) neve:.....
- b) születési neve:.....
- c) anyja neve:.....
- d) születési helye, ideje:.....
- e) lakóhelye:.....
- f) tartózkodási helye:.....

g) telefonszáma:.....

Legközelebbi hozzátartozójának:

a) neve:.....

b) születési neve:.....

c) anyja neve:.....

d) születési helye, ideje:.....

e) lakóhelye:.....

f) tartózkodási helye:.....

g) telefonszáma:.....

2. A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételére vonatkozó adatok:

Szociális étkeztetés igénybevétele: ☐

Mely időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását (év, hónap, nap):.....

Milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását:.....

Az étkezés módja:

a) elvitellel ☐

b) kiszállítással ☐

Dátum:.....

.....

az ellátást kérelmező
(törvényes képviselő) aláírása

JÖVEDELEMNYILATKOZAT

Név:.....

Születési név:.....

Anyja neve:.....

Születési helye, ideje:.....

Lakóhelye:.....

Tartózkodási helye:.....

(itt azt a lakcímet kell megjelölni, ahol a kérelmező életvitelszerűen tartózkodik)

Telefonszám:.....

Az 1993. évi III. törvény 117/B. §-a szerint a mindenkori intézményi térítési díjjal azonos személyi térítési díj megfizetését az ellátást igénylő vagy a térítési díjat megfizető más személy vállalja-e (a rovat kitöltése nem minősül tényleges vállalásnak):

☐ **igen** – ebben az esetben a jövedelemnyilatkozat további részét és a „Vagyonynyilatkozat” nyomtatványt nem kell kitölteni,

☐ **nem**

Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó jövedelmi adatok:

A jövedelem típusa	Nettó összege
Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó	
Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, szellemi és más önálló tevékenységből származó	
Táppénz, gyermekgondozási támogatások	
Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások	
Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátás	
Egyéb jövedelem	
ÖSSZES JÖVEDELEM	

Kiskorú igénybe vevő esetén a családban élőkre vonatkozó (nettó) jövedelmi adatok:

A család létszáma:.....fő		Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, szellemi és más önálló tevékenységből származó	Táppénz, gyermek-gondozási támogatások	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások	Önkormányzat és munkáltatói szervek által folyósított ellátás	Egyéb jövedelem
Az ellátást igénybe vevő kiskorú							
A közeli hozzátartozók neve, születési ideje	Rokoni kapcsolat						
1)							
2)							
3)							
4)							
5)							
ÖSSZESEN:							

(szükség esetén a táblázat sorai bővíthetők)

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek. A térítési díj megállapításához szükséges jövedelmet igazoló bizonylatokat egyidejűleg csatoltam. Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak az eljárás során történő felhasználásához.

Dátum:.....

.....

az ellátást igénybe vevő
(törvényes képviselő) aláírása

ORVOSI IGAZOLÁS

Szociális rászorultság igazolása egészségi állapot alapján

(65 év alatti személyek esetén)

Név:.....

Születési név:.....

Anyja neve:.....

Születési helye, ideje:.....

Lakóhelye:.....

Tartózkodási helye:.....

Igazolom, hogy fent nevezett egészségi állapota miatt étkeztetését nem képes biztosítani.

Megjegyzés az egészségi állapotra vonatkozóan:

.....
.....
.....
.....

Dátum:.....

Ph.

.....

házi orvos / kezelő orvos