7.sz. melléklet a 2/2015. (II.25.)rendelethez.

**I.**

**Kérelem személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás körébe tartozó**

**ÉTKEZTETÉS**

**igénybevételéhez**

**1. Az ellátást igénybe vevő adatai:**

Név:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési helye, időpontja:

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Állampolgársága:

Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

**2. Tartására köteles személy**

*a)* neve:

*b)* lakóhelye:

*c) t*elefonszáma:

Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)

*a)* neve:

*b)* lakóhelye:

*c) t*elefonszáma:

Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma:

**3. A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételére vonatkozó adatok:**

3.1. Étkeztetés:

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:

Milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását:

Az étkeztetés módja:

* helyben fogyasztás
* elvitellel
* kiszállítással
* diétás étkeztetés

**4. Kijelentem, hogy más szolgáltatónál, intézménynél alapszolgáltatást** (étkezés, házi

segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás)

 nem veszek igénybe - ebben az esetben a nyilatkozat további részét nem kell kitölteni,

 igénybe veszek:

 étkeztetést

 házi segítségnyújtást

 jelzőrendszeres házi segítségnyújtást

Szolgáltató / intézmény megnevezése és címe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5. Kijelentem, hogy:**

- ápolási díjban  részesülök

 nem részesülök

- érvényes tartási, öröklési vagy életjáradéki szerződéssel  rendelkezem

 nem rendelkezem

- szenvedélybetegségem kezelése érdekében a Családsegítő Központtal

 együttműködöm

 nem működök együtt

***Nyilatkozat***

*Hozzájárulok, hogy háziorvosom (kezelőorvosom) az egészségi állapotomról a szociális étkezési igénybevételi eljárás során adatot szolgáltasson.*

*Hozzájárulok továbbá személyes adataimnak az eljárás során történő felhasználásához, kezeléséhez.*

Kelt: 20\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Az ellátást igénybe vevő

(törvényes képviselő) aláírása

**II.**

**Jövedelemnyilatkozat**

**Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó személyes adatok:**

Név:

Születési név:

Anyja neve:

Születési hely, idő:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

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

Telefonszám (nem kötelező megadni):

**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 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 ellátások |  |
| Egyéb jövedelem |  |
| **Összes jövedelem** |  |

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek. A térítési díj megállapításához szükséges jövedelmet igazoló bizonylatokat egyidejűleg csatoltam.

Dátum: 20\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Az ellátást igénybe vevő

*(törvényes képviselő) aláírása*