

**Kérelem szociális alapszolgáltatás körében biztosított
étkeztetés igénybevételéhez**

I. Kérelmező adatai:

Név:

Születési név:

Születési hely: Születési idő:

Anyja neve:

Állandó lakóhely:

Tartózkodási hely:

TAJ szám: □□□ □□□ □□□

Telefonszám (nem kötelező megadni):.....

Állampolgársága:

- magyar,
 bevándorolt/letelepedett,
 menekült/hontalan/oltalmazott.

A kérelmező családi körülménye:

- egyedül élő (egyszemélyes háztartásban lakik)
 házastársával, élettársával lakik együtt
 egyedülálló (hajadon, nőtlen, elvált, özvegy,
házastársától külön lakcímen él)

A kérelmezővel egy háztartásban élők száma (kérelmező nélkül):.....fő

II. Tartására köteles személy

Neve:

Lakcíme:.....

Telefonszáma (nem kötelező megadni):.....

Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)

Neve:

Lakcíme:.....

Telefonszáma (nem kötelező megadni):.....

III. Az étel igénybe vételi helyre (lakcím, vagy ahol a kérelmező életvitelszerűen tartózkodik)
történő kiszállítását

kérem/nem kérem.¹

¹ Aláhúzással jelölendő

IV. Nyilatkozatok

Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt jövedelmi adatok valóságát a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 10. §-ának (7) bekezdése alapján a szociális hatáskört gyakorló szerv - az állami adóhatóság illetékes igazgatósága útján - ellenőrizheti.

Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához.

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek.

Tudomásul veszem, hogy valótlan adatközlés esetén az ellátás megszüntetésre kerül, a jogosulatlanul és rosszhiszeműen igénybevett ellátást visszafizetésére kötelezetté válok.

.....,évhónap.....nap

.....
kérelmező aláírása

B

Egészségügyi állapotra vonatkozó adatok (a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)

1.

Név:

Születési név:

Születési hely: Születési idő:

Anyja neve:

Állandó lakóhely:

TAJ szám: □□□ □□□ □□□

1.1. Önellátásra vonatkozó megállapítások:

önellátásra képes részben képes segítséggel képes

1.2. Sz szenved-e krónikus betegségben:

1.3. Fogycatékossáq tÍpusa (hallássérült, látássérült, mozgássérült, értelmi sérült) és mértéke:

1.4. Rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e:

1.5. Gyógyszerek adagolásának ellenőrzése szükséges:

1.6. Sz szenvedett fertőző betegségben 6 hónapon belül:

1.7. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:

.....,évhónap.....nap

.....
házi orvos aláírása