* 1. sz. melléklet a 9/2017.(VI. 23.) önkormányzati rendelethez

IGAZOLÁS

a szociális étkeztetést igénybevevő egészségi állapotáról

Név:…………………………………………………………………………….

Születési név: …………………………………………………………………..

Születési hely és idő: …………………………………………………………..

Lakóhely: ………………………………………………………………………

TAJ szám: ……………………………………………………………………...

Kérem jelölje meg az igénybevevőre vonatkozó állapotot:

* akut egészségromlás következtében, legfeljebb 6 hónap időtartamra állandó segítségre szorul ételei elkészítésében
* egészségkárosodása 50%-ot meghaladó, valamint a 2007. 12.31. előtt az OOSZI szakvélemény szerint 67%-ot meghaladóan csökkent munkaképességű
* az az ágyhoz kötött személy, akinek az állapota tartósan, előreláthatóan 3 hónapot meghaladó
* egyik sem

Felülvizsgálat szükséges: igen - felülvizsgálat időpontja: …………… / nem[[1]](#footnote-1)2

Dátum: ……………………………

Kezelőorvos neve: ………………………………

Kezelőorvos aláírása: ……………………………

P.H.

Fent nevezett kérelmező az étel elvitelére egészségi állapota miatt:

1. Képes.
2. Nem képes.

Ha az étel elvitelére nem képes, ennek időtartama:

* határozatlan
* határozott: ……………………………………………………

Alulírott ………………………………. kérelmező hozzájárulok az egészségi állapotomra vonatkozó adat szociális intézmény általi megismeréséhez a szociális étkeztetés iránti igényem elbírálása céljából.

 …………………………………….

 aláírás

1. [↑](#footnote-ref-1)