**Mátraterenye Község Önkormányzatának Képviselő-testülete**

**3 /2015. (II.13. ) önkormányzati rendelete**

1. ***számú melléklete* 17**

**Kötelező iratminták**

1. **Lakásfenntartási támogatás**
2. **Temetési támogatás**
3. **Krízistámogatás**
4. **Étkezés**
5. **Házi segítségnyújtás**

**6. 18 Temetési segély**

Mátraterenye, 2015. február 11.

|  |  |
| --- | --- |
| **Gecse László** | **Balogh Maja** |
| polgármester | jegyző |

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

17.) Módosította a 2/2016.(I.28.) önkormányzati rendelet. Hatályos 2016. 03. 01-től.

18.) Kiegészítette a 11/2018.(XII.21.) Önkormányzati rendelet. Hatályos 2019. január 1-től.

**KÉRELEM**

**Lakásfenntartási támogatás19**

**Az igénylő adatai:**

Kérelmező neve ………………………….....................................................................

Születési neve:

Anyja neve:

Születési helye, ideje (év, hó, nap):

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Állampolgársága:      …………………………… Családi állapota: ……………………………

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

Kijelentem, hogy életvitelszerűen a lakóhelyemen vagy tartózkodási helyemen élek.

(A megfelelő rész aláhúzandó)

A támogatással érintett lakás nagysága: …………………………………………………

A lakásban tartózkodás jogcíme: …………………………………………………………

A szolgáltató megnevezése, akinek részére a támogatás utalását kéri villamosenergia szolgáltató esetén:

a.) tárgyhavi számlák kiegyenlítése,

b.) felhalmozott számlák kiegyenlítése,

c.) előre fizetős mérő feltöltésére: :………………………….................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………..

A kérelem benyújtásának időpontjában a kérelmezővel azonos lakcímen élő közeli hozzátartozók:

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

19.) Módosította a 2/2016. (I.28.) önkormányzati rendelet. Hatályos 2016. 03. 01-től.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Név:  Születési név: | | | Születési hely.idő: | | Anyja neve: | | TAJ: | | | | |
|  | | |  | |  | |  | | | | |
|  | | |  | |  | |  | | | | |
|  | | |  | |  | |  | | | | |
|  | | |  | |  | |  | | | | |
|  | | |  | |  | |  | | | | |
|  | | |  | |  | |  | | | | |
|  | | |  | |  | |  | | | | |
|  | | |  | |  | |  | | | | |
|  | | |  | |  | |  | | | | |
|  | A | | B | | C | | D | | | |
|  | A jövedelem típusa | | Kérelmező | | Házastárs, élettárs | | Gyermekek | | | |
| havi jövedelme (forint) | | | | | | | |
|  | Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó  ebből: közfoglalkoztatásból származó | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  |  |  |  |
|  | Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | Táppénz, gyermekgondozási támogatások | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | Egyéb jövedelem | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | Összes jövedelem | |  | |  | |  |  |  |  |

Nyilatkozatok

Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt jövedelmi adatok valódiságát  a szociális hatáskört gyakorló szerv – az állami adóhatóság útján – ellenőrizheti.

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

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

*Gondoskodom az ingatlan előtti vízelvezető árok karbantartásáról.*

*Igénybe veszem a településen rendszeresített szilárdhulladék szállításhoz és kezeléshez kapcsolódó közszolgáltatást.*

*Betartom az ebtartásra-, rágcsálók távoltartására vonatkozó állatvédelmi és egészségügyi szabályokat.*

*Az ingatlanon levő növényzetet rendszeresen gondozom.*

Mátraterenye, ……………………………………

……………………………………….

kérelmező aláírása

Megjegyzés:

Lakásfenntartási támogatásban részesülhet

1. az a családban élő személy, akinek a háztartásában az egy főre jutó havi jövedelem az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének 150 %-át nem haladja meg,
2. az az egyedül élő személy akinek a havi jövedelme az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének 200 %-át nem haladja meg.

*A lakásfenntartási támogatás megállapításának további feltétele,*

1. *hogy a lakásfenntartási támogatással érintett lakás nagysága ne haladja meg*

*aa.) egyedül élő esetében a hatvan négyzetmétert*

*ab.) családban élő esetében a kilencven négyzetmétert*

1. *hogy a támogatott az általa lakott ingatlant rendben tartja.*

A havi lakásfenntartási támogatás összege négyezer forint.

A lakásfenntartási támogatást az önkormányzat természetbeni juttatásként nyújtja a közszolgáltatóhoz, illetve a lakástulajdonoshoz történő átutalással.

A lakásfenntartási támogatás terhére kifizetendő közszolgáltatási díjak sorrendje:

1. lakbér,
2. szilárd hulladék szállítás és kezelés díja,
3. közüzemi vízfogyasztás és csatornaszolgáltatás díja,
4. villamos energia díja,
5. vezetékes földgázszolgáltatás díja.

*A lakásfenntartási támogatás iránti kérelem az év folyamán bármikor benyújtható. A támogatást a kérelem benyújtását követő hónaptól kell megállapítani egy éves időszakra.*

*A jogosultsági feltételek változása esetén az Szt. szabályai szerint kell eljárni.*

*Az egy főre jutó havi jövedelem igazolására a kérelemhez jövedelemigazolásokat kell csatolni. A lakásnagyságot az ügyfél nyilatkozata alapján kell megállapítani, mely helyszíni szemle során ellenőrizhető.*

*Az 5. § (2) bekezdés b.) pontjában foglalt feltételek keretében a támogatott*

1. *gondoskodik az ingatlana előtti vízelvezető árok karbantartásáról,*
2. *igénybe veszi a településen rendszeresített szilárdhulladék szállításhoz és kezeléshez*

*kapcsolódó közszolgáltatást,*

1. *betartja az ebtartásra-, rágcsálók távoltartására vonatkozó állatvédelmi és egészségügyi szabályokat,*
2. *az ingatlanán levő növényzetet rendszeresen gondozza.*

*Az ingatlan rendben tartására vonatkozó feltétel meglétéről az igénylő a kérelemben nyilatkozik.*

*A feltételek fennállását az önkormányzat a folyósítás tartama alatt ellenőrizheti. Amennyiben az ellenőrzés hiányosságot tár fel, a soron következő támogatás a hiányosság közlésével a hiányosság pótlásáig felfüggesztésre kerül. Ha a hiányosság rendezése hatvan napig sem történik meg, a támogatást a felfüggesztés időpontjával meg kell szüntetni.*

Melléklet:

* jövedelemigazolás
* közüzemi számla

**KÉRELEM**

**Temetési támogatás**

**Az igénylő adatai:**

Kérelmező neve …………………………................................................................

Születési neve:

Anyja neve:

Születési helye, ideje (év, hó, nap):

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Állampolgársága:      …………………………… Családi állapota: ……………………

A kérelmezőnek és családjának van-e korábbi kölcsönből, vagy egyéb visszafizetési kötelezettségéből fennálló tartozása? ……………….

A kért kölcsön összege: …………………………………..

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

Fizetési számlaszám (ha a folyósítást fizetési számlaszámra kéri:………………………………

A fizetési számlát vezető pénzintézet neve:   …………………………………………….

Kijelentem, hogy életvitelszerűen a lakóhelyemen vagy tartózkodási helyemen élek.

(A megfelelő rész aláhúzandó)

A kérelem benyújtásának időpontjában a kérelmezővel azonos lakcímen élő közeli hozzátartozók:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Név:  Születési név: | Születési hely.idő: | Anyja neve: | TAJ: |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Az elhunyt adatai:

Neve, születési neve: ……………………………………………………………………………..

Születési helye, ideje: …………………………………………………………………………….

A haláleset helye, időpontja: ……………………………………………………………………..

Az elhunytnak milyen fokú hozzátartozója? ……………………………………………………..

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | A | B | C | D | | | | |
|  | A jövedelem típusa | Kérelmező | Házastárs, élettárs | Gyermekek | | | | |
| havi jövedelme (forint) | | | | | | |
|  | Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó  ebből: közfoglalkoztatásból származó |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Táppénz, gyermekgondozási támogatások |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Egyéb jövedelem |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Összes jövedelem |  |  |  |  |  |  |  |

Nyilatkozatok

Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt jövedelmi adatok valódiságát  a szociális hatáskört gyakorló szerv – az állami adóhatóság útján – ellenőrizheti.

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

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

Mátraterenye, ……………………………………

……………………………………….

kérelmező aláírása

Megjegyzés:

1. Temetési támogatás állapítható meg annak az eltemettetésre köteles személynek, akinek a családjában az egy főre jutó családi jövedelemhatár az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének négyszeresét nem haladja meg.
2. Temetési támogatást akkor biztosít az önkormányzat, ha az elhunyt utolsó lakóhelye, valamint az eltemettetésre köteles temettető lakóhelye az önkormányzat illetékességi területén van.
3. Az önkormányzat a temetési támogatást visszatérítendő támogatás formájában nyújtja, legfeljebb a rendelet **2. számú mellékletében** megállapított **legolcsóbb köztemetés összegének** mértékéig. A legolcsóbb köztemetés összegét évente április 30-ig kell felülvizsgálni.
4. A temetési támogatás legfeljebb hat hónapra nyújtható, a törlesztést egyenlő részletekben kell teljesíteni a támogatás hónapját követő hónaptól kezdődően.
5. A támogatás nyújtásának részletes feltételeit támogatási megállapodásban kell rögzíteni.
6. Aki támogatási megállapodásban foglalt feltételeket nem teljesíti és a temetési támogatást nem fizeti vissza, az egy éves időszakra kizárja magát a települési támogatásokból.

**Mellékletek:**

* jövedelemigazolások
* halotti anyakönyvi kivonat másolata
* a kérelmező vagy családtagja nevére kiállított temetési számla vagy előzetes számla

**KÉRELEM**

**Krízis támogatás**

**Az igénylő adatai:**

Kérelmező neve …………………………............................................................

Születési neve:

Anyja neve:

Születési helye, ideje (év, hó, nap):

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Állampolgársága:      …………………………… Családi állapota: ……………………

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

Fizetési számlaszám (ha a folyósítást fizetési számlaszámra kéri:………………………………

A fizetési számlát vezető pénzintézet neve:   …………………………………………….

Kijelentem, hogy életvitelszerűen a lakóhelyemen vagy tartózkodási helyemen élek.

(A megfelelő rész aláhúzandó)

A krízishelyzet leírása, a támogatás igénylésének indokai:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

A kérelem benyújtásának időpontjában a kérelmezővel azonos lakcímen élő közeli hozzátartozók:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Név:  Születési név: | Születési hely.idő: | Anyja neve: | TAJ: |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | A | B | C | D | | | | |
|  | A jövedelem típusa | Kérelmező | Házastárs, élettárs | Gyermekek | | | | |
| havi jövedelme (forint) | | | | | | |
|  | Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó  ebből: közfoglalkoztatásból származó |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Táppénz, gyermekgondozási támogatások |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Önkormányzat, járási hivatal és munkaügyi szervek által folyósított ellátások |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Egyéb jövedelem |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Összes jövedelem |  |  |  |  |  |  |  |

Nyilatkozatok

Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt jövedelmi adatok valódiságát  a szociális hatáskört gyakorló szerv – az állami adóhatóság útján – ellenőrizheti.

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

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

Mátraterenye, ……………………………………

……………………………………….

kérelmező aláírása

Megjegyzés:

1. Az önkormányzat évente legfeljebb négy alkalommal, negyed évente egyszer, alkalmanként maximum ötezer forintos összegben krízistámogatást állapíthat meg annak a személynek, aki krízis helyzetbe került és a családjában az főre számított családi jövedelemhatár nem haladja meg az öregségi nyugdíj minimum mindenkori legkisebb összegének 130-%-át.
2. Krízishelyzet: ha a kérelmező olyan előre nem látható, nem várt és általa el nem hárítható élethelyzetbe került, amely a saját és családja megélhetési körülményeit nagymértékben veszélyezteti, ellehetetleníti, ez az adott élethelyzet esetinek minősül, *továbbá az érintett a krízishelyzet elhárítása érdekében a tőle elvárható minden intézkedést megtett.*
3. A krízishelyzet fennállásáról a kérelmező a kérelemben nyilatkozik, a nyilatkozatban foglaltak valóságát az önkormányzat ellenőrizheti. A jövedelmet jövedelemnyilatkozattal kell igazolni.

**Mellékletek:**

* jövedelemigazolás

1.4 melléklet

***Kérelem étkezés igénybevételéhez20***

|  |  |
| --- | --- |
| **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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cselekvőképességre vonatkozó adat:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefonszáma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Értesítési címe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Tartására köteles személy**  *a)* neve, születési neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *b)* lakóhelye: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Telefonszáma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)**  *a)* neve:,születési neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *b)* lakó és tartózkodási helye vagy értesítési címe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *c)* telefonszáma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fő |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **2. Milyen típusú ellátás igénybevételét kéri**  **2.1. alapszolgáltatás:** étkeztetés  **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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Alulírott ………………………………………… nyilatkozom, hogy más szolgáltatónál, intézménynél szociális alapszolgáltatást (étkeztetés, házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, nappali ellátás) nem veszek igénybe / igénybe veszek. (megfelelő aláhúzandó)  Más szolgáltató megnevezése:  Szolgáltatás megnevezése:  Dátum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ellátást igénybevevő (törvényes képviselő) aláírása |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

20.) Beiktatta a 2/2016.(I.28.) önkormányzati rendelet. Hatályos 2016.03.01.-től.

**Jövedelemnyilatkozat étkeztetés igénybevételéhez**

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 és a „III. Vagyonnyilatkozat” 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 ellátások |  |
| Egyéb jövedelem |  |
| **Összes jövedelem** |  |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A család létszáma: .................... fő** | | Munka-  viszonyból  és más  foglalkoztatási  jogviszonyból  származó | Társas és  egyéni  vállalkozásból, őstermelői,  szellemi és  más önálló tevékeny-  ségből  származó | Táppénz,  gyermek-  gondozási  támogatások | Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások | Nyugellátás  és egyéb  nyugdíjszerű  rendszeres  szociális  ellátások | Egyéb  jöve-  delem |
| **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

**Kérelem házi segítségnyújtáshoz 21**

1.5 melléklet

**Kérelem személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cselekvőképességre vonatkozó adat:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefonszáma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Értesítési címe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Tartására köteles személy**  *a)* neve, születési neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *b)* lakóhelye: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Telefonszáma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)**  *a)* neve:,születési neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *b)* lakó és tartózkodási helye vagy értesítési címe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *c)* telefonszáma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fő |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **2. Milyen típusú ellátás igénybevételét kéri**  **2.1. alapszolgáltatás: házi segítségnyújtás**  **3. A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételére vonatkozó adatok:**  **3.1. Házi segítségnyújtás**  milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  milyen típusú segítséget igényel: …………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………….  Kijelentem, hogy ezen kérelem benyújtásakor az általam igényelt szociális ellátás feltételeiről szóló  tájékoztatást megkaptam.  Dátum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ellátást igénybevevő (törvényes képviselő) aláírás |  |
|  |

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

(a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)

|  |
| --- |
| Név (születési név): |
| Születési hely, idő: |
| Lakóhely: |
| Társadalombiztosítási Azonosító Jel: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás és nappali ellátás (idős, fogyatékos, demens személyek részére) igénybevétele esetén**  (házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás esetében az 1.1. pontot nem kell kitölteni): | | |
| 1.1. önellátásra vonatkozó megállapítások: | | |
| önellátásra képes  részben képes  segítséggel képes  | | |
| 1.2. szenved-e krónikus betegségben: | | |
| 1.3. fogyatékosság típusa (hallássérült, látássérült, mozgássérült, értelmi sérült) és mértéke: | | |
| 1.4. rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e: | | |
| 1.5. gyógyszerek adagolásának ellenőrzése szükséges-e:  | | |
| 1.6. szenvedett-e fertőző betegségben 6 hónapon belül:  | | |
| 1.7. egyéb megjegyzések: | | |
| **2. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételére vonatkozóan igazolom**, hogy egészségi állapota alapján a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás biztosítása | | |
| **indokolt**  **nem indokolt**  | | |
| **3. Átmeneti elhelyezés (az éjjeli menedékhely kivételével), ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmények, lakóotthon esetén** | | |
| 3.1. esettörténet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan): | | |
| 3.2. teljes diagnózis (részletes felsorolással, BNO kóddal): | | |
| 3.3. prognózis (várható állapotváltozás): | | |
| 3.4. ápolási-gondozási igények: | | |
| 3.5. speciális diétára szorul-e: | | |
| 3.6. szenvedélybetegségben szenved-e: | | |
| 3.7. pszichiátriai megbetegedésben szenved-e: | | |
| 3.8. fogyatékosságban szenved-e (típusa, mértéke): | | |
| 3.9. idősotthoni ellátás esetén demenciában szenved-e: | | |
| 3.10. gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre: | | |
| **4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:** | | |
| **Dátum:** | **Orvos aláírása:** | **P. H.** |

*(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)*

**Jövedelemnyilatkozat étkeztetés igénybevételéhez**

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 és a „III. Vagyonnyilatkozat” 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 ellátások |  |
| Egyéb jövedelem |  |
| **Összes jövedelem** |  |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A család létszáma: .................... fő** | | Munka-  viszonyból  és más  foglalkoztatási  jogviszonyból  származó | Társas és  egyéni  vállalkozásból, őstermelői,  szellemi és  más önálló tevékeny-  ségből  származó | Táppénz,  gyermek-  gondozási  támogatások | Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások | Nyugellátás  és egyéb  nyugdíjszerű  rendszeres  szociális  ellátások | Egyéb  jöve-  delem |
| **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