*6. számú melléklet az 5/2015. (II.12.) önkormányzati rendelethez*

**Étkeztetés és/vagy házi segítségnyújtás iránti kérelem**

***Kérelmező*** neve: …………………………………………………….…………...……….….....

születési neve: …………………………………………………………………………….…….

születési helye:........................................………..........................................................................

születési ideje: ……………………év: ……………........……..... hónap: ........................... nap

anyja neve: .............................................…....….................

szem. ig. száma: ........…...…..............................

KGY igazolvány száma (ha van): ………………...…………………………………………….

TAJ száma: …………………………………….......................…….….......................................  
lakóhelye: ............…….............................................................…………………………………

tartózkodási helye: ..........…………………….........................................…................................

telefonszáma.:…………………………………………………………. ....…………............….

cselekvőképesség mértéke: cselekvőképes/korlátozottan cselekvőképes/cselekvőképtelen (a megfelelőt kérjük aláhúzni)

***Tartására köteles személy*** neve:…………………………………………..…………………

lakóhelye:……………………………………………………….………………………………

telefonszáma: ………………………………………………………….……………………..…

***Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)***

neve: ……………………………………………………………................................................

születési neve:………………………………………………………………………………….

lakóhelye .………………………………………………………………………………………

telefonszáma: …………………………………………………………………………………..

az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma: …….…….. fő

Az igényelt ellátás (Kérjük X-szel jelezni)

étkeztetés

házi segítségnyújtás

Soron kívül kéri-e az ellátás megállapítását? igen/nem (Kérjük aláhúzással jelezni)

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

**Étkeztetés esetén**:

Étkeztetés formája: **ebéd**

A szolgáltatás biztosításának igényelt időpontja: ..........................….......

gyakorisága: ……………….………

Az étkeztetés módja: - **elvitel**

- **házhoz szállítás (**Kérjük aláhúzással jelezni)

**Házi segítségnyújtás esetén**:

A szolgáltatás biztosításának igényelt időpontja: .....................................................................

Az ellátás gyakorisága: ……………………………………………………………………….

Az igényelt segítségnyújtás típusa (Kérjük, X-szel jelölje):

segítség a napi tevékenységek ellátásában

bevásárlás, gyógyszerbeszerzés

személyi higiéné biztosítása, ápolás, felügyelet

ügyintézés

egyéb, éspedig: ……………………………………………………………………………..

Havi nettó jövedelmem összege: ………………………… Ft (A jövedelemről szóló igazolást kérjük csatolni)

Hozzájárulok ahhoz, hogy a háziorvos egészségi állapotomról felvilágosítást adjon, tudomásul veszem, hogy kérelmem alapján az Önkormányzat munkatársa lakásomon felkeres.

Dátum, ...................................................... .....................................................................

az ellátást igénylő

(törvényes képviselő) aláírása