*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