1. *melléklet az 1/2020. (I.28.) önkormányzati rendelethez*

KÉRELEM

**Települési támogatás megállapításához**

**Kérelmező adatai:**

 Név: ………………………………………Lánykori név: ….……………………………

 Szül. hely, idő:…………………………………………………………………………….

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

 Lakóhely:…………………………………………………………………………………

 Tartózkodási hely: ………………………………………………………………………..

 Munkahely:………………………………………………………………………………..

Telefonszám(vezetékes/mobil): …………………………….……………………………

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

 Adószám: ………………………………………………………………………………….

***Kérelmezővel együtt élő családtagok száma: ……………***

*Adataik:*

**1./** Név: ……………………………………anyja neve ..……………………

 szül. hely. idő: ………………………………………………………………………
 rokoni kapcsolat: ……………………………………………………………………...

 tanintézet/munkahely neve, címe:……….………………………………………………..

**2./** Név: ……………………………………anyja neve ..……………………

 szül. hely. idő: ………………………………………………………………………

 rokoni kapcsolat: ………………………………………………………………………....

 tanintézet/munkahely neve, címe:……….………………………………………………..

**3./** Név: ……………………………………anyja neve ..……………………

 szül. hely. idő: ………………………………………………………………………

 rokoni kapcsolat: ………………………………………………………………………....

 tanintézet/munkahely neve, címe:……….………………………………………………..

**4./** Név: ……………………………………anyja neve ..……………………

 szül. hely. idő: ………………………………………………………………………

 rokoni kapcsolat: ………………………………………………………………………....

 tanintézet/munkahely neve, címe:……….………………………………………………..

**5./** Név: ……………………………………anyja neve ..……………………

 szül. hely. idő: ………………………………………………………………………

 rokoni kapcsolat: ………………………………………………………………………....

 tanintézet/munkahely neve, címe:……….………………………………………………..

**1. Rendkívüli élethelyzetre való tekintettel benyújtott kérelem esetén a települési támogatás igénylésének indoklása:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**2. Temetésre való tekintettel benyújtott kérelem esetén:**

Az elhunyt neve:

Halotti anyakönyvi kivonat száma: …………………………………………………….

Csatolni kell:

* Halotti anyakönyvi kivonatot.
* A kérelmező vagy a vele egy háztartásban élő családtagja nevére kiállított temetési számlák eredeti példányát.

***Jövedelmi adatok:***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **A jövedelmek típusai** | **A kérelmező jövedelme** | **A kérelmezővel közös háztartásban élő házastárs (élettárs) jövedelme** | **Kérelmezővel közös háztartásban élő egyéb hozzátartozó jövedelme** | **Összesen** |
|  1. Munkaviszonyból, más foglalkoztatási jogviszonyból származó jövedelem, táppénz |  |  |  |  |
|  2. Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó  |  |  |  |  |
|  3. Ingatlan, ingó vagyontárgyak értékesítéséből, bérbeadásából származó jövedelem |  |  |  |  |
| 4. Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű ellátások |  |  |  |  |
|  5. A gyermek ellátásához és gondozá-sához kapcsolódó támogatások ( GYED, GYES, GYET, családi pótlék, gyermektartásdíj, árvaellátás ) |  |  |  |  |
|  6. Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított rendszeres pénzbeli ellátás  |  |  |  |  |
|  7. Alkalmi munkavégzésből származó jövedelem  |  |  |  |  |
|  8. Egyéb jövedelem |  |  |  |  |
| **9. A család összes nettó jövedelme:**  |  |  |  |  |
| 10. A család összes nettó jövedelmét csökkentő fizetett tartásdíj összege: |  |  |  |  |
| **11. Egy főre jutó havi nettó jövedelme:** |

**3. Települési lakásfenntartási támogatásra benyújtott kérelem esetén**

Lakásfenntartási költségek igazolására benyújtott számlák:

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

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

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

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

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

*A támogatás összegét:* postai úton,

 a mellékelt számlaszámra

 (igazolására egyenlegértesítő vagy számlaszerződés másolatának csatolása szükséges)

 ………………………….…………… szolgáltatóhoz kérem utalni.

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy

- életvitelszerűen a lakóhelyemen vagy a tartózkodási helyemen élek (megfelelő aláhúzandó)

- a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Alulírott hozzájárulok, hogy a saját és a velem közös háztartásban élő hozzátartozóim személyes adatait a jogosultság elbírálása, illetve az ezzel kapcsolatos igazolások, bizonyítékok beszerzése céljából kezeljék, nyilvántartsák.

Kelt: ..…….év ……………………hó …………nap.

 ……………………………………

 aláírás

***Figyelem,*** *a kérelemhez minden esetben kötelező mellékelni:*

* *a család jövedelem igazolását (benyújtást megelőző* ***3 hónap*** *nettó átlagjövedelmére vonatkozó munkáltatói igazolás, egyéni vállalkozók esetén NAV igazolás, nyugdíjszelvény, bankszámla kivonat stb…)*
* *a kérelem indokolását alátámasztó iratok másolatát.*

*Alulírott nyilatkozom, hogy a kérelemnek teljes egészében helyt adó döntés esetén a fellebbezési jogomról lemondok.*

Kelt: ..…….év ……………………hó …………nap.

 ……………………………………

 aláírás

1. *melléklet az 1./2020 (I.28.) önkormányzati rendelethez*

**1. Étkeztetésért fizetendő intézményi térítési díjak**

1.1 Étkeztetés Atroplusz Szolgáltatási és Közétkeztetési Kft.

|  |  |
| --- | --- |
| **Szolgáltatás** |  **Intézményi térítési díj** **(Ft/ellátási nap)** |
| Étkezés |  850 Ft  |

2. Az intézményi térítési díj alapadatai:

* 1. Étkeztetés Atroplusz Szolgáltatási és Közétkeztetési Kft.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Normatív állami** **hozzájárulás****(Ft/f**ő**/év)** | **Támogatás mértéke****(Ft/f**ő**/nap)** | **Szolgáltatási költség****(Ft/f**ő**/nap)** | **Szolgáltatási önköltség -****Normatíva (Ft/f**ő**/nap)** |
| **65.360** | **260** | **850** | **590** |

*3. melléklet az 1/2020. (I.28.) önkormányzati rendelethez*

**Megállapodás**

**Szociális étkeztetés igénybevételére**

Amely létrejött egyrészről Somogysimonyi Község Önkormányzata, mint ellátást biztosító – képviseletében eljáró személy: polgármester, másrészt:

**Név:**

**Leánykori név:**

**Anyja neve:**

**Születési hely, id**ő**:**

**Lakcím:**

**TAJ szám:**

**Telefonszám:**

(továbbiakban Ellátott), illetve a nevében eljáró törvényes képviselő,

**Név:**

**Leánykori név:**

**Anyja neve:**

**Születési hely, id**ő**:**

**Lakcím:**

(továbbiakban törvényes képviselő) mint ellátást kérelmező között, az alulírott helyen és

napon az alábbi feltételekkel:

**A szolgáltatás igénybevételér**ő**l**

Az Ellátott illetve törvényes képviselője által, **20 \_. \_\_\_\_\_\_\_\_hó \_\_\_\_\_** napján beadott

kérelme alapján az Atroplusz Szolgáltatási és Közétkeztetési Kft. biztosítja a kérelmező részére az étkeztetést nyújtó szociális alapszolgáltatás igénybevételének lehetőségét.

A felek megállapodnak abban, hogy a szolgáltatás kezdetének időpontja:

Az ellátás időtartama **határozott** időtartamú, **20 \_ év \_\_\_\_\_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ napjáig.**

Az ellátás időtartama **határozatlan** idejű.

A szolgáltatást munkanapokon hétfőtől péntekig biztosítjuk.

**Térítési díj fizetésér**ő**l**

Az étkeztetés igénybevételéért térítési díjat köteles fizetni.

Az étkeztetés intézményi térítési díja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ft/nap

Az Ön által fizetendő személyi térítési díj:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ft/nap

Az ellátást a 9/1999.(XI.24) SzCsM rendelet szerint, személyes kérelem alapján lehet igényelni, amelyről a polgármester dönt.

***A térítési díj fizetésének helye, id***ő***pontja, módja:*** Minden hónap 20-ig személyesen vagy az ebéd kihordónál (falugondnok).

***A személyi térítési díj mértékét a Község Képvisel***ő***-testülete határozatban évente állapítja meg az erre vonatkozó jogszabályok alapján. A szociális rászorultság feltételeit a helyi rendelet szabályozza.***

A polgármester a mindenkori térítési díjakról, illetve azok változásairól írásos értesítést küld az Ellátott részére, melyet az ellátott köteles megfizetni.

**Adatváltozások bejelentésér**ő**l**

Az Ellátott köteles a szolgáltatásra vonatkozó jogosultsági feltételekben és a jövedelmi viszonyaiban beállt változásról 15 napon belül a polgármestert értesíteni.

**Megállapodás megsz**ű**nésér**ő**l és megszüntetésér**ő**l**

Jelen megállapodás alapján az ellátás megszűnik:

Az intézményi jogviszony azonnali hatállyal és automatikusan megszűnik, ha:

* határozott idejű megállapodás esetén a megjelölt időtartam lejártával,
* a szolgáltatást igénybe vevő halálával,
* ha felszólítás ellenére sem fizet, akkor 2 havi térítési díj fizetésének elmaradása esetén.

**A megállapodás megszüntetésének feltételei**

Jelen megállapodás írásban megszüntethető a felek közös megegyezésével.

A szolgáltatást igénybe vevő, illetve kötelezett a megállapodás felmondását írásban, indoklás

nélkül kezdeményezheti.

A polgármester a megállapodást felmondással, írásban megszünteti, ha:

 - a szolgáltatást igénybe vevő részéről a jogosultság jogszabályi feltételei nem állnak fenn,

 - a szolgáltatást igénybe vevő kéthavi térítési díjjal hátralékba esik, feltéve ha a polgármester felszólítására 15 napon belül azt nem teljesíti,

 - a szolgáltatást igénybe vevő elköltözik az ellátási területről.

A megállapodás a felek megegyezése szerinti időpontban, ennek hiányában 15 nap felmondási idővel szűnik meg.

Ha a megállapodás felmondásának jogszerűségét bármely fél vitatja, kérheti a bíróságtól a megállapodás jogellenes felmondásának megállapítását. Az ellátást változatlan feltételek mellett mindaddig biztosítani kell, amíg a bíróság jogerős határozatot nem hoz.

A megállapodás megszűnése, vagy megszüntetése esetén a felek egymással elszámolnak, amely ügylet kiterjed a fizetendő térítési díjakra, és az esetleges hátralékaira, illetve minden olyan dologra, amely a megállapodás megszűnéséhez, megszüntetéséhez okszerűen kapcsolódik.

A jogviszony megszüntetéséről a polgármester írásos értesítés küld. A felmondási idő 15 nap, kivéve ha az Ellátott vagy törvényes képviselője azonnali hatállyal vagy meghatározott időponttól kéri a jogviszony megszüntetését.

Ha a polgármester által kezdeményezett megszüntetéssel a jogosult, illetve törvényes képviselője nem ért egyet, az értesítés kézhezvételétől számított 8 napon belül a Somogyzsitfai Közös Önkormányzati Hivatal Jegyzőjéhez fordulhat.

Ebben az esetben az ellátást változatlan feltételek mellett mindaddig biztosítjuk, amíg a jegyző, illetve a bíróság jogerős és végrehajtható határozatot nem hoz.

A megállapodás megszüntetésekor a felek elszámolnak, mely magába foglalja a térítési díj fizetését.

**Panaszok kezelésér**ő**l**

Az igénylő (vagy törvényes képviselője) panaszával a polgármesterhez fordulhat.

Amennyiben a polgármester a panasz írásos benyújtásától számított 15 napon belül nem vizsgálja ki a panaszt, úgy az igénylő a Somogyzsitfai Közös Hivatal jegyzőjéhez fordulhat.

A Megállapodást aláíró felek kijelentik, hogy vitás kérdéseiket elsődlegesen tárgyalás útján

kívánják rendezni.

**Személyes adatok kezelésér**ő**l**

A szolgáltató az ellátott adatait az 1993. évi III. törvény rendelkezései alapján nyilvántartja. A

személyes adatokat az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló

2011. évi CXII. törvény előírásainak megfelelően titkosan kezeli.

**Egyéb rendelkezések**

A jelen megállapodásban nem szabályozott kérdésekben a Ptk., továbbá a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993 évi III törvény és azokhoz kapcsolódó jogszabályok rendelkezései az irányadók.

Alulírott, szolgáltatást igénybe vevő, illetve kötelezett kijelentem, hogy a szolgáltatás igénybevételének feltételeiről, tartalmáról; a vezetett nyilvántartásokról; a fizetendő térítési díjról, a teljesítés feltételeiről, illetve a mulasztás következményeiről; a szolgáltatást igénybe vevő jogairól és kötelezettségeiről; a panaszjog gyakorlásának módjáról; a megszűnés eseteiről szóló tájékoztatást megkaptam, és azt tudomásul vettem.

Alulírott, szolgáltatást igénybe vevő, illetve kötelezett a mai napon a megállapodás egy példányát átvettem, és a benne foglaltakat tudomásul vettem.

Alulírottak a jelen megállapodást elolvasás után, mint akaratukkal mindenben megegyezőt jóváhagyólag 3 példányban írják alá.

Somogysimonyi, 20 \_………………………….

Ellátott / Ellátott törvényes képviselője Polgármester

 P.H.