**Kérelem étkeztetés 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:

Tartásra köteles személy

1. neve:
2. lakóhelye:

Telefonszáma:

Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)

1. neve:
2. lakóhelye:
3. telefonszáma:

Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma:

1. Milyen típusú ellátás igénybevételét kéri

2.1 alapszolgáltatás

2.2 étkeztetés

1. 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 (étkezés, házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, nappali ellátás) **nem veszek igénybe / igénybe veszek**. (megfelelő aláhúzandó)

Más szolgáltató megnevezése:……………………………………………………………………………………………………..

Szolgáltatás megnevezése:……………………………………………………………………………………………………………

Dátum:

……………………………………………….………………………………………

Az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása

1. Egészségi állapotra vonatkozó igazolás

(a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)

Név:……………………………………………………………………………………………………..

Születési hely, idő:……………………………………………………………………………….

Lakóhely: ………………………………………………………………………………….………….

Társadalombiztosítási Azonosító Jel (TAJ):…………………………………….….…

1. **Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás és nappali ellátás (idős, fogyatékos demens személyek részére igénybevétele esetén** (házi segítségnyújtás, jelzőrendszere házi segítségnyújtás esetében az 1.1 pontot nem kell kitölteni):
   1. önellátásra vonatkozó megállapítások:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| önellátásra képes |  | részben képes |  | segítséggel képes |  |

* 1. szenved-e krónikus betegségben:
  2. fogyatékosság típusa (hallássérült, látássérült, mozgássérült, értelmi sérült) és mértéke
  3. rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e:
  4. gyógyszerek adagolásának ellenőrzése szükséges:
  5. szenvedett fertőző betegségben 6 hónapon belül:
  6. egyéb megjegyzések:

1. **A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:**

Dátum:

Orvos aláírása: P.H.

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz

II.

Jövedelemnyilatkozat étkeztetés igényléséhez

Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó személyi adatok:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 ellátá** |

**Az ellátást kérelmező személyére 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** | | Munkaviszony-  ból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó | Társas és egyéni vállalkozásból,  őstermelői, szellemi és más önálló tevékenységből származó | Táppénz, gyermek-gondozási támogatás-ok | Önkormányzat  és munkaügyi  szervek által folyósított  ellátások | Nyugellát  ás és egyéb nyugdíjszerű  rendszeres  szociális  ellátások | Egyéb  jövedelem |
| **Az ellátást igénybevevő kiskorú** | |  |  |  |  |  |  |
| **A közeli hozzátartozók neve, születési ideje** | **Rokoni kapcsolat** |  |  |  |  |  |  |
| **1.)** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.)** |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.)** |  |  |  |  |  |  |  |
| **4.)** |  |  |  |  |  |  |  |
| **5.)** |  |  |  |  |  |  |  |
| **ÖSSZESEN:** | |  |  |  |  |  |  |

(szükség esetén a táglázat 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 felhasználáshoz.

Dátum:……………………………………………………..

…………………………………………………………

az ellátást igénybe vevő

(törvényes képviselő aláírása)

MEGÁLLAPODÁS

SZOCIÁLIS ÉTKEZÉSRE

Mely létrejött Mátramindszent Községi Önkormányzat Konyhája, mint ellátást nyújtó intézmény (továbbiakban: ellátást nyújtó intézmény) képviseletében az intézményvezető, másrészt az ellátást igénybe vevő:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Név: | …………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | |
| Anyja neve: | | | ………………………………………………………………………………………………………………………………. | | |
| Születési hely,idő: | | | | …………………………………………………………………………………………………………………………… | |
| Lakcím: | | ……………………………………………………………..…………………………………………………………………………. | | | |
| Telefonszám: | | | …………………………………………………..…………………………………………………………………………… | | |
| TAJ szám: | | …………………………………………………………..…………………………………………………………………………… | | | |
| Nyugdíjas törzsszám: | | | | | ……………………………………………………………………………………………………………………. |
| Állampolgárság: | | | | ……………………………………………………………………………………………………………………………. | |

között a mai napon az alábbi feltételek szerint

1. **Általános szabályok**
2. A szociális szolgáltatást nyújtó intézmény fenntartója Mátramindszent Községi Önkormányzata (3155 Mátramindszent, Kossuth tér 25.), aki a intézményi Konyhát működtet. A szolgáltatás nyújtó intézmény a vonatkozó jogszabályok és jelen megállapodásban szabályozott módon **szociális étkeztetést** biztosít.
3. Az ellátást nyújtó intézmény a szociális ellátást

…………………………………………………………………..napjától kezdődően

1. határozott időtartamra:……………………………………………………………..
2. határozatlan ideig terjedő időtartamra biztosítja.
3. Szolgáltatások
4. Az intézmény a következő szolgáltatást nyújtja: napi egyszeri meleg ételt biztosít az étel elvitelének lehetővé tételével
5. Az ellátás biztosításának ideje és módja:

Az ellátás a hét ön napján (hétfőtől-péntekig) biztosít 11.30-13.30 óráig

Az ebéd az önkormányzat konyháján, Mátramindszent, Rákóczi út 65. szám alatt kerül kiosztásra.

1. A lakásra szállítás formái:

Az ellátott önmaga gondoskodik az étel elszállításáról, vagy amennyiben az egészségi állapota indokolja, az ebédszállítók házhoz szállítják az ebédet.

1. amennyiben kiszállítással történik az étel házhoz szállítása, az igénylőnek csereételhordót kell biztosítania a zavartalan kiszállítás érdekében.
2. Az ellátást csak az arra jogosult személy veheti igénybe, ha a jogosult személy az ellátás igénybevételére nem képes, pl. több napos távollét miatt, az ellátást le kell mondania.

Az ebéd megrendelését, illetve lemondását amennyiben előre látható okból következik be, az étkezés igénybe vétele illetve lemondása előtt **3 nappal** köteles az ellátott bejelenteni az étkezést biztosító konyhán.

Amennyiben az ellátásra jogosult az étkezési igény lemondását neki felróható okból nem mondta le, s az ellátást nem vette igénybe, az el nem fogyasztott ételért is térítési díjat kell fizetnie.

1. Az ellátásért fizetendő személyi térítési díj
2. az ellátást igénybe vevő (kötelezett) a szociális ellátásért, - amennyiben családi jövedelemmel rendelkezik, a tárgyhót követő hónap 10. napjáig térítési díjat köteles fizetni.
3. A térítési díjának alapja a jövedelemigazolásban meghatározott egy főre eső családi jövedelem, amely jelen esetben…………………………-Ft, mely a mindenkori legkisebb öregségi nyugdíjnak a …………………..%.

Fentiek alapján a megállapított személyi térítési díj összege:……………………………Ft.

1. Ha az ellátást igénybe vevő tartási vagy öröklési szerződést kötött, a térítési díj fizetéséra a tartási és gondozási szerződésben vállaló a kötelezett, a térítési díj az intézményi térítési díjjal azonos összegű (a teljes összeget meg kell fizetnie).
2. Az intézményi térítési díj összegét a Képviselő-testület évente egy alkalommal vizsgálhatja felül és változtathatja meg. A térítési díj felülvizsgálata során megállapított új térítési díj megfizetésének időpontjáról a fenntartó rendelkezik azzal a feltétellel, hogy az új térítési díj megfizetésére a jogosult nem kötelezhető a felülvizsgálatot megelőző időszakra.
3. Tájékoztatom: ha az ellátást igénybe vevő a térítési díj megfizetését elmulasztja, s a felszólítás ellenére is hátraléka keletkezik, a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások térítési díjáról szóló többször módosított 29/1993. (II.17.) Kormány rendelet 31.§ (4) bekezdése alapján a fenntartó az intézményvezető tájékoztatása alapján intézkedik a térítési díj hátraléknak a behajtásáról az közigazgatási hatósági eljárás és szolgáltatás általános szabályairól szóló 2004. évi CXL. törvény, illetve az adózás rendjéről szóló 1990. évi XCI. törvény szabályainak alkalmazásával.
4. Ha a jogosult személy a térítési díj összegét vitatja, akkor fellebbezést nyújthat be Mátramindszent Község polgármesteréhez, az értesítés átvételétől számított 8 napon belül.
5. Az intézményi jogviszony megszűnése
6. Az ellátásra jogosult intézményi jogviszony megszűnik:
7. az ellátást nyújtó intézmény jogutód nélküli megszűnésével, mely esetben az intézmény fenntartóját az ellátás további biztosításának kötelezettsége terheli
8. a jogosult halálával
9. a határozott idejű szociális ellátás időtartamának lejártával.
10. Az intézményvezető az intézményi jogviszonyt megszünteti:
11. a jogosultnak, illetve törvényes képviselőjének a jogviszony megszüntetésére vonatkozó kérelmére,
12. ha a szociális ellátás jogosultsági feltételei már nem állnak fenn
13. Az intézményi jogviszony megszűnésekor az intézmény vezetője értesíti a jogosultat az esedékes illetve hátralékos térítési díj befizetési kötelezettségéről.
14. Befejező rendelkezések
15. A felek kijelentik, hogy a jelen megállapodásban feltüntetett valamennyi adat valóságnak megfelel.
16. Jelen Megállapodás 3. számozott oldalból áll.
17. Jelen Megállapodás 2 egymással szó szerint megegyező eredeti példányban készült.

Mátramindszent, 20………………………………………………………………

……………………………………………… ……………………………………………. ellátást igénybe vevő intézményvezetősss