

Étkeztetés 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: ..... *HDP H202005170* .....  
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

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

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

Étkeztetés formája: ebéd  
Az étkeztetés módja: házhoz szállítás  
A szolgáltatás biztosításának igényelt gyakorisága: .....

**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 higiéne biztosítása, ápolás, felügyelet

ügyintézés

egyéb, és pedig: .....

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

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

Dátum: .....

.....  
az ellátást igénylő  
(törvényes képviselő) aláírása

## II. JÖVEDELEMNYILATKOZAT

Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó személyes 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. Vagyonynyilatkozat” 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 munkáltatói 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- ségéből 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:							
<i>(szükség esetén a táblázat sorai bővíthetők)</i>							

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

ORVOSI LAP ÉTKEZTETÉS IGÉNYBEVÉTELÉHEZ

Név: \_\_\_\_\_

Születési név: \_\_\_\_\_

TAJ szám: \_\_\_\_\_

Születési hely, idő: \_\_\_\_\_

Anyja neve: \_\_\_\_\_

Lakóhelye: \_\_\_\_\_

Fent nevezett részére betegségéből adódóan az étkeztetését

javasolom

nem javasolom

Dátum: \_\_\_\_\_

PH

\_\_\_\_\_  
Háziorvos/kezelőorvos aláírása

