2. számú melléklet

**KÉRELEM**

***a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás - szociális étkeztetés - igénybevételéhez***

**1. Az ellátást kérelmező adatai:**

Név:

Születési név:

Anyja neve:

Születési helye, időpontja:

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Állampolgársága:

Bevándorolt, letelepedett vagy menekült, hontalan jogállása, szabad mozgás és tartózkodás joga:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele (TAJ):

**Az ellátást kérelmező cselekvőképes: igen nem**

**Amennyiben nem, úgy törvényes képviselőjének:**

a) neve:

b) születési neve:

c.) anyja neve:

d) születési helye, időpontja:

e) lakóhelye:

f) tartózkodási helye:

g) telefonszáma:

**a tartására kötelezett személy:**

a) neve:

b) születési neve:

c.) anyja neve:

d) születési helye, időpontja:

e) lakóhelye:

f) tartózkodási helye:

g) telefonszáma:

**Legközelebbi hozzátartozójának:**

a) neve:

b) születési neve:

c.) anyja neve:

d) születési helye, időpontja:

e) lakóhelye:

f) tartózkodási helye:

g) telefonszáma:

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

Szociális étkeztetés igénybevétele: □

Mely időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását (hónap, nap):

Milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását:

Az étkeztetés módja:

helyben fogyasztás □

elvitellel □

kiszállítással □

**Dátum: ................................................**

**................................................................   
Az ellátást igénybe vevő   
(törvényes képviselő) aláírása**

**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:

**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 munkaügyi szervek által folyósított ellátások |  |
| Egyéb jövedelem |  |
| **ÖSSZES JÖVEDELEM** |  |

*A jövedelemnyilatkozathoz szükséges mellékelni a nyugdíjszelvény és a nyugdíjigazolvány másolatát, vagy a nyugdíjfolyósító által kiadott év eleji igazolás másolatát mellékelni!*

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**

**Kiskorú igénybe vevő esetén kitöltendő**

**(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 támoga- tások | Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások | Nyugellá- tás és egyéb nyugdíj- szerű 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:** | |  |  |  |  |  |  |

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**

|  |
| --- |
| **NYILATKOZAT ALAPSZOLGÁLTATÁS IGÉNYBEVÉTELÉRŐL** |

Alulírott ………………………………..……………………. (ellátást kérelmező vagy törvényes képviselője) nyilatkozom , hogy a Kérelem benyújtásának időpontjában más szociális alapszolgáltatást

igénybe veszek / nem veszek igénybe. *(megfelelő aláhúzandó)*

Az alábbi szociális alapszolgáltatásokat veszem igénybe *(csak a fentiekben bejelölt „igénybe veszek” válasz esetén kitöltendő):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Szolgáltatás típusa** | **Szolgáltató neve / címe** | **Igénybevétel kezdete** |
| szociális étkeztetés |  |  |
| házi segítségnyújtás |  |  |
| jelzőrendszeres házi segítségnyújtás |  |  |
| közösségi ellátások, |  |  |
| támogató szolgáltatás |  |  |
| nappali ellátás |  |  |

Felhívom a figyelmét arra, hogy amennyiben népkonyha, családsegítés, utcai szociális munka, nappali melegedő, falu és tanyagondnoki szolgáltatást, valamint szenvedélybetegek részére nyújtott alacsony küszöbű szolgáltatást vesz igénybe, arról nem kell nyilatkoznia.

Kelt: ………………………………….

……………………………………………..

Ellátást kérelmező / törvényes képviselő

|  |
| --- |
| **Egészségi állapotra vonatkozó igazolás**  ***(a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)*** |

**1. Az ellátást kérelmező adatai:**

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

Születési név:……………………………………………………………………………………………

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

Születési helye, időpontja:………………………………………………………………………………..

Lakóhelye:………………………………………………………………………………………………..

Állampolgársága:…………………………………………………………………………………………

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:……………………………………………………………………

1. Esettörténet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan)

2. Teljes diagnózis (részletes felsorolással, BNO kóddal)

3. Speciális diétára szorul-e:

4. Szenvedélybetegségben szenved-e:

5. Pszichiátriai megbetegedésben szenved-e (megnevezés):

6. Fogyatékosságban szenved-e (típusa, mértéke):

A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:

Kelt: ……………………………………………..

PH. ………………………………………..

Orvos

**ADATKEZELÉSI NYILATKOZAT**

Alulírott,

név:

(a személyazonosságot igazoló dokumentumban feltüntetett)

születéskori név:

állandó lakóhely:

anyja születéskori neve:

ezennel hozzájárulok ahhoz, hogy a Magyarszéki Mikrotérségi Önkormányzati és Óvodai Társulás **a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról**szóló 1993. évi III. törvényben meghatározott feladatainak és kötelezettségének teljesítéséhez a személyes adataimat az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvényben írtaknak megfelelően nyilvántartsa és kezelje.

Dátum: ……………...……., ……………………………

……………………………………………………

aláírás