



**Kérelem az étkeztetés,
mint a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez**

1. Az ellátást kérelmező adatai:

Név:.....
Születési név:.....
Anyja neve:
Születési hely, idő:
Lakóhely:
Tartózkodási hely:
Értesítési cím és telefonszám:
Társadalombiztosítási Azonosító Jel:

2. Törvényes képviselő

Neve:.....
Születési neve.....
Születési helye, ideje:
Állandó lakhelye:
Értesítési címe:
telefonszáma:

3. Megnevezett hozzátartozó

Neve:.....
Születési neve.....
Születési helye, ideje:
Állandó lakhelye:
Értesítési címe:
telefonszáma:

A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételére vonatkozó adatok

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:

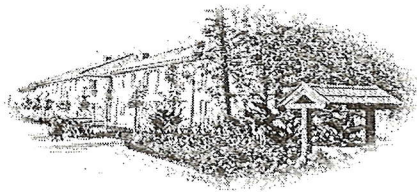
Az étkeztetés módja: helyben fogyasztás elvitel kiszállítás

Diétás étkezés igénybevétele: igen, és pedig..... nem

Munkaszüneti és pihenőnapokon igényli-e az étkeztetést: igen nem

Kelt: Aba, 2024

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



Aba Város Önkormányzata - Abai Idősek Otthona

8127 Aba, Kossuth L. utca 154.

Tel.: +36-22-593-062; +36 30/585 93 59.

E-mail: idosokotthona@aba.hu

1. számú melléklet a 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelethez

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	
Önkormányzati és állami foglalkoztatási szervek által folyósított ellátások	
Egyéb jövedelem	
Összes jövedelem	

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.

Aba, 2024
.....

**az ellátást igénybe vevő
(törvényes képviselő) aláírása**



Aba Város Önkormányzata - Abai Idősek Otthona

8127 Aba, Kossuth L. utca 154.

Tel.: +36-22-593-062; +36 30/585 93 59.

E-mail: idosokotthona@aba.hu

1. számú melléklet a 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelethez

I. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

(a háziorvos, kezelőorvos, vagy kórházi kezelés esetén a kórházi osztályos orvos tölti ki)

Név

Születési név:.....

Születési hely, idő:

Lakóhely:

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

1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás, idősök nappali ellátásaigénybevétele esetén

1.1. krónikus betegségek (kérjük, sorolja fel):

.....
.....

1.2. fertőző betegségek (kérjük, sorolja fel):

.....
.....

1.3. fogyatékoság (típusa és mértéke):

.....
.....

1.4. egyéb megjegyzések, pl. speciális diéta szükségessége:

.....
.....

4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:

.....
.....

Dátum:

Orvos aláírása:

P. H.

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)