

## I.

### Kérelem személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás körébe tartozó

### 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: \_\_\_\_\_

#### **2. Tartására köteles személy**

a) neve: \_\_\_\_\_

b) lakóhelye: \_\_\_\_\_

c) telefonszáma: \_\_\_\_\_

Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)

a) neve: \_\_\_\_\_

b) lakóhelye: \_\_\_\_\_

c) telefonszáma: \_\_\_\_\_

Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma: \_\_\_\_\_

#### **3. 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

**4. Kijelentem, hogy más szolgáltatónál, intézménynél alapszolgáltatást (étkezés, házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás)**

nem veszek igénybe - ebben az esetben a nyilatkozat további részét nem kell kitölteni,

igénybe veszek:

étkeztetést

házi segítségnyújtást

jelzőrendszeres házi segítségnyújtást

Szolgáltató / intézmény megnevezése és címe: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5. Kijelentem, hogy:**

- ápolási díjban  részesülök

nem részesülök

- érvényes tartási, öröklési vagy életjáradéki szerződéssel  rendelkezem

nem rendelkezem

- szenvedélybetegségem kezelése érdekében a Családsegítő Központtal  együttműködöm

nem működök  
együtt

***Nyilatkozat***

*Hozzájárulok, hogy háziorvosom (kezelőorvosom) az egészségi állapotomról a szociális étkezési igénybevételi eljárás során adatot szolgáltatson.*

*Hozzájárulok továbbá személyes adataimnak az eljárás során történő felhasználásához, kezeléséhez.*

Kelt: 20\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
Az ellátást igénybe vevő  
(törvényes képviselő) aláírása