Tárkány Község Önkormányzata

2945 Tárkány, Fő utca 144.

Tel.: 34/458-227
Fax: 34/568-118
e-mail: titkarsag@tarkany.hu

KÉRELEM

szociális étkeztetés biztosítására

Kérelmező neve: _____

Születési neve: _____

Születési helye, ideje: _____

Anyja neve: _____

Lakcíme, telefonszáma: _____

_____

_____

Tartózkodási helye: _____

TAJ: _____ Adóazonosító: _____

Állampolgársága: _____

Az ellátást mely időponttól kéri? _____

Kérelmező cselekvőképes: igen nem

Törvényes képviselőjének adatai:

Neve: _____

Születési neve: _____

Születési helye, ideje: _____

Anyja neve: _____

Lakcíme, telefonszáma: _____

_____

_____

Legközelebbi hozzátartozójának adatai:

Neve: _____

Születési neve: _____

Születési helye, ideje: _____

Anyja neve: _____

Lakcíme, telefonszáma: _____

_____

_____

Kérelem indoka: _____

_____

_____

Dátum: Tárkány, 20__. _____hónap_____nap

_____

Kérelmező (törvényes képviselő) aláírása

1. melléklet a 27/2010. (XII. 30.) NEFMI rendelethez
„1. számú melléklet a 9/1999. (XI. 24.) SZCSM rendelethez
I.
EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS
(a háziorvos, kezelõorvos tölti ki)

I.
EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS
(a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)

Név (születési név): .....
Születési hely, idő: .....
Lakóhely: .....
Társadalombiztosítási Azonosító Jel: .....

1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás és nappali ellátás (idős, fogyatékos, demens személyek részére) igénybevétele esetén (házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás esetében az 1.1. pontot nem kell kitölteni):
1.1. önellátásra vonatkozó megállapítások:
önellátásra képes részben képes segítséggel képes
1.2. szenved-e krónikus betegségben:
1.3. fogyatékosság típusa (hallássérült, látássérült, mozgássérült, értelmi sérült) és mértéke:
1.4. rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e:
1.5. gyógyszerek adagolásának ellenőrzése szükséges-e:
1.6. szenvedett-e fertőző betegségben 6 hónapon belül:
1.7. egyéb megjegyzések:
2. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételére vonatkozóan igazolom, hogy egészségi állapota alapján a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás biztosítása
indokolt nem indokolt
3. Átmeneti elhelyezés (az éjjeli menedékhely kivételével), ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmények, lakóotthon esetén
3.1. esettörténet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan):
3.2. teljes diagnózis (részletes felsorolással, BNO kóddal):
3.3. prognózis (várható állapotváltozás):
3.4. ápolási-gondozási igények:
3.5. speciális diétára szorul-e:
3.6. szenvedélybetegségben szenved-e:
3.7. pszichiátriai megbetegedésben szenved-e:
3.8. fogyatékosságban szenved-e (típusa, mértéke):
3.9. idősotthoni ellátás esetén demenciában szenved-e:
3.10. gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre:
4. A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:
Dátum: Orvos aláírása: P. H.

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)

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. Vagyonnyilatkozat" 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 munkaügyi szervek által folyósított ellátások	
Egyéb jövedelem	
Összes jövedelem	

Kiskorú igénybe vevő esetén a családban élőkre vonatkozó (nettó) jövedelmi adatok:

A család létszáma: ..... fő

		Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, szellemi és más önálló tevékenységből származó	Táppénz, gyermekgondo -zási támogatások	Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások	Egyéb jövedelem
Az ellátást igénybe vevő kiskorú							
A közeli hozzátartozók neve, születési ideje	**Rokoni kapcsolat**						
1)							
2)							
3)							
4)							
5)							
ÖSSZESEN:							

(szükség esetén a táblázat 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 felhasználásához

Dátum:.....

.....

Az ellátást igénybe vevő
(törvényes képvisel) aláírása