*2. melléklet **Dudar** Község Önkormányzatának 2/2014.( I.28. )számú önkormányzati rendeletéhez*

**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:.....

**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):

.....

Az étkeztetés módja:

helyben fogyasztás ☐

elvitellel ☐

kiszállítással ☐

Dátum:.....

.....

az ellátást kérelmező (törvényes képviselő) aláírása

2. sz. melléklet

# 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, gyermekgondozási 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 képviselő) aláírása

3. sz. melléklet

# 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

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

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

## *I. EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS*

(a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)

Név (születési név): .....

Születési hely, idö: .....

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. idösotthoni 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)*