

## Nyíradonyi Szociális és Gyermekjóléti Szolgáltatási Központ

4254 Nyíradony, Dózsa Gy. u. 5.

Tel/Fax: 52/204-324; 52/593-073

E-mail: szocialiskozpont.nyiradony@gmail.com

### KÉRELEM

#### szociális étkeztetés igénybevételéhez

#### 1. Az ellátást igénybe vevő személy adatai:

Név: .....

Születési neve: .....

Anyja születési neve: .....

Születési helye, időpontja: .....

Lakóhelye: .....

Tartózkodási helye: .....

Értesítési címe: .....

Telefonszáma: .....

Állampolgársága: .....

(Bevándorolt, letelepedett vagy menekült, hontalan jogállása, a szabad mozgás és tartózkodás jogára vonatkozó adat) .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

Cselekvőképessége:.....

#### Törvényes képviselő:

Neve, születési neve: .....

Születési helye, ideje: .....

Lakóhelye: .....

Értesítési címe: .....

#### Értesítendő hozzátartozó:

Neve, születési neve: .....

Születési helye, ideje: .....

Lakóhelye: .....

Értesítési címe: .....

#### 2. Az alábbi jogosultsági feltétel alapján kérem az étkeztetést:

korom alapján (65. életévemet betöltöttem)

egészségi állapotomra tekintettel:

rokkantsági ellátásban részesülök

rokkantsági járadékban részesülök

rehabilitációs ellátásban részesülök

egészségkárosodási és gyermekfelügyeleti támogatásban részesülök

súlyos mozgáskorlátozott vagyok

- krónikus vagy akut megbetegedésekre tekintettel
- fogyatékkal élőknek minősülök:
  - fogyatékosági támogatásban részesülök
  - vakok személyi járadékában részesülök
  - magasabb összegű családi pótlékban részesülök
- pszichiátriai betegségekre tekintettel
- szenvedélybetegségekre tekintettel
- hajléktalan vagyok

A kérelemhez mellékelni szükséges a jogosultsági feltételt igazoló dokumentum másolatát!

Nyilatkozom, hogy

- a) fekvőbeteg-gyógyintézeti kezelésben nem részesülök;
- b) tartós vagy átmeneti szakosított ellátást (idősek otthona, időskorúak gondozóháza, fogyatékos személyek otthona, szenvedélybetegek otthona, pszichiátriai betegek otthona, stb.) nem veszek igénybe;
- c) népkonyhai szolgáltatásban nem részesülök.

### 3. Az ellátás igénybevételére vonatkozó adatok:

A szolgáltatás biztosítását az alábbi időponttól kérem: .....

A szolgáltatás biztosítását az alábbi gyakorisággal kérem:

- naponta
- hetente
- hetente 1-2 alkalommal
- havonta 1-2 alkalommal

Az étkeztetés biztosítását az alábbi módon kérem:

- elvitellel
- kiszállítással
- helyben étkezéssel

Diétás étkezést

- nem igénylek
- igénylek (orvosi javaslatot szükséges mellékelni)

Egyéb megjegyzések az ellátással kapcsolatban: .....

.....  
.....

Kelt: .....

.....  
ellátást igénybe vevő és/vagy törvényes  
képviselő aláírása