



## KÉRELEM- étkeztetés

### Nyilvántartás 1.rész

#### 1. A kérelmező adatai

Neve:.....  
Születési név:.....  
Anyja neve:.....  
Születési helye,időpontja:.....  
Lakóhelye:.....  
Tartózkodási helye:.....  
Értesítési címe:.....  
Telefonszáma:.....  
Állampolgársága:.....  
Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása:.....  
A szabad mozgás és tartózkodás jogára vonatkozó adatok:.....  
A kérelmező cselekvőképessége:.....  
Személyi igazolvány száma:.....  
TAJ száma:.....  
Legközelebbi hozzátartozójának/törvényes képviselőjének/  
Neve:.....  
Lakóhelye:.....  
Telefonszáma:.....

#### 2. A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételére vonatkozó adatok

Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:.....  
Milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását:.....  
Az étkeztetés módja:  
Helyben fogyasztás:   
Elvitellel:   
Kiszállítással:   
Diétás étkeztetés:

*Felelősségem tudatában kijelentem, hogy életvitelszerűen a lakóhelyemen vagy a tartózkodási helyemen élek ( a megfelelő rész aláhúzandó), a kérelemben közölt adatok a valóságnak megfelelnek.*

Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt jövedelmi adatokat a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 10.§-ának (7) bekezdése alapján a szociális hatáskört gyakorló szerv – állami adóhatóság útján- ellenőrizheti.

Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához.

Dátum:..... Kérelmező :.....



*Pétervására Város Önkormányzat  
Pétervásárai Időskorúak Otthona  
Pétervására, Ifjúság út 7. 3250.tel.:36/ 568-129,130*

---

**NYILATKOZAT**  
/226/2006.(XI.20.) Korm. rendelet/

Hozzájárulok ahhoz, hogy a személyes adataimat az országos nyilvántartásba felrögzítsék és ott kezeljék.

Dátum:.....

**Az ellátást kérelmező/ törvényes képviselő/ aláírása:**

.....



I.  
**EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS**  
étkeztetés igénybe vételéhez

(a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)

Név (születési név): .....

Születési hely, idő: .....

Lakóhely: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jel: .....

Fent nevezett:

.....

.....krónikus betegségben szenved,

**havi gyógyszerfogyasztás költségének összege:.....Ft**

.....fogyatékos,

.....pszichiátriai betegségben szenved,

.....szenvedélybeteg.

**Önellátásra vonatkozó megállapítások**

Betegségéből adódóan:

**önellátásra képes**

**önellátásra nem képes**

(A megfelelő rész aláhúzendő)

Szenvedett-e fertőző betegségben 6 hónapon belül:.....

Egyéb megjegyzések:.....

.....

**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. 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	
Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások	
Egyéb jövedelem	
<b>Összes jövedelem</b>	



**Pétervására Város Önkormányzat**  
**Pétervásárai Időskorúak Otthona**  
**Pétervására, Ifjúság út 7. 3250.tel.:36/ 568-129,130**

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

A család létszáma: ..... fő	Munka- viszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, szellemi és más önálló tevékeny- ségéből származó	Táppénz, gyermek- gondozási támogatások	Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások	Egyéb jöve- delem
<b>Az ellátást igénybe vevő kiskorú</b>						
<b>A közeli hozzátartozók neve, születési ideje</b>	<b>Rokoni kapcsolat</b>					
1)						
2)						
3)						
4)						
5)						
<b>ÖSSZESEN:</b>						

*(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**



**Pétervására Város Önkormányzat**  
**Pétervásárai Időskorúak Otthona**  
**Pétervására, Ifjúság út 7. 3250.tel.:36/ 568-129,130**

---

Kitöltendő abban az esetben, amennyiben a **II. JÖVEDELEMNYILATKOZATBAN** az intézményi térítési díjjal azonos összegű térítési díj megfizetéséről igennel nyilatkozott.  
*A költségeket vállaló tölti ki.*

**NYILATKOZAT**

intézményi térítési díjjal azonos összegű személyi térítési díj megfizetésére

Alulírott .....anya neve:.....

Szül.hely, .....idő:.....

Telefonszáma:.....szig. sz.:.....

Lakóhelye: ..... szám alatti lakos vállalom, hogy a Pétervásárai Időskorúak Otthonában (Pétervására, Ifjúság út 7.) igényelt **étkeztetés** biztosítása esetén ..... nevű *hozzátartozóm / saját magam után* \* az intézményi térítési díjjal azonos összegű személyi térítési díjat megfizetem.

Dátum:.....

\_\_\_\_\_  
nyilatkozó

Előttünk, mint tanúk előtt:

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*a megfelelő aláhúzendó



## **Nyilvántartás-1. rész**

Kérelem beadásának, illetve a beutaló határozat megküldésének időpontja: .....

.....

Előgondozás I. időpontja:.....

Előgondozás II. időpontja: .....

## **Nyilvántartás-2. rész**

**Tsz:.....**

TAJ-szám:.....adószám: .....

Közgyógyellátási igazolvány száma: .....

Soron kívüli elhelyezés iránti igény elbírálásának időpontja, eredménye: .....

.....

Gondozási szükséglet vizsgálat száma:.....

a gond.szükséglet mértéke:.....

.....

Az ellátás biztosításának kezdete: .....

Az ellátás biztosításának vége:.....

A jogviszony megszűnésének módja, oka.....

.....

Egyéb, az igénybevétellel kapcsolatos megjegyzés: .....

.....

.....

.....

.....