



Zalaszentgróti Szociális, Család- és Gyermekjóléti Központ

Székhely: 8790 Zalaszentgrót, Batthyány L. u. 15.

Idősek Klubja: 30/825-8685

Központ: 83/347-743

Szolgálat: 83/347-744

e-mail: grotmaci@zalaszentgrot.hu

szoc@zalaszentgrot.hu

Szám: IK/...../2025.

Kérelem étkeztetés igénybevételéhez		
A.) Adatlap		
1. Az ellátást igénybevevő adatai		
Név:		
Születési neve:		
Anyja neve:		
Születési hely:		
Születési idő:		
Lakó és tartózkodási helye:		
Értesítési címe:		
Igénybevevő telefonszáma:		
Társadalombiztosítási Azonosító Jele:		
Állampolgársága; bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása:		
Kérelmező cselekvőképessége (jelölje X-el): cselekvőképes <input type="checkbox"/>		
korlátozott gondnokság alatt áll (korlátozottan cselekvőképes) <input type="checkbox"/> kizáró gondnokság alatt áll (cselekvőképtelen) <input type="checkbox"/>		
Törvényes képviselő adatai (amennyiben gondnokság vagy gyámság alatt áll)	Név:	
	Születési név:	
	Lakó- és tartózkodási hely vagy értesítési cím	
	Telefonszám:	
Kérelmező megnevezett hozzátartozójának adatai	Név:	
	Születési név:	
	Lakó- és tartózkodási hely vagy értesítési cím	
	Telefonszám:	
Milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását?		
Az étkeztetés módja:	<input type="checkbox"/> Helyben fogyasztással	
	<input type="checkbox"/> Elvitellel	
	<input type="checkbox"/> Kiszállítással	

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 állami foglalkoztatási szervek által folyósított ellátások	
Egyéb jövedelem	
Összes jövedelem	

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

A család létszáma:	Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó	Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, szellemi és más önálló tevékenységből származó	Táppénz, gyermekgondozási támogatások	Önkormányzat és állami foglalkoztatási szervek által folyósított ellátások	Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások	Egyéb jövedelem
fő						
Az ellátást igénybe vevő kiskorú						
A közeli hozzátartozók neve, születési ideje	Rokoni kapcsolat					
1)						
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**

I.

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

(a házi orvos, kezelőorvos, vagy kórházi kezelés esetén a kórházi osztályos orvos tölti ki)

Név (születési név):		
Születési hely, idő:		
Lakóhely:		
Társadalombiztosítási Azonosító Jel:		
1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás, idősök nappali ellátása igénybevétele esetén		
1.1. krónikus betegségek (kérjük, sorolja fel):		
1.2. fertőző betegségek (kérjük, sorolja fel):		
1.3. fogyatékoság (típusa és mértéke):		
1.4. egyéb megjegyzések, pl. speciális diéta szükségessége:		
2. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételére vonatkozóan igazolom, hogy egészségi állapota alapján a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás biztosítása		
indokolt <input type="checkbox"/> nem indokolt <input type="checkbox"/>		
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 diéta:		
3.6. szenvedélybetegség:		
3.7. pszichiátriai megbetegedés:		
3.8. fogyatékoság (típusa, mértéke):		
3.9. demencia:		
3.10. gyógyszerszedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges, stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek:		
4. A házi orvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései:		
Dátum:	Orvos aláírása:	P. H.

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)

NYILATKOZAT ADATKEZELÉSHEZ

NYILATKOZAT ADATKEZELÉSHEZ

Alulírott, _____ kijelentem, hogy az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény által biztosított adatkezeléshez történő hozzájárulási jogomról, valamint a szolgáltatás igénybevételével járó adat-nyilvántartási kötelezettségről tájékoztatásban részesültem.

Aláírással, **önkéntesen hozzájárulok / nem járulok hozzá**, hogy a Zalaszentgróti Szociális, Család- és Gyermekjóléti Központ (8790 Zalaszentgrót, Batthyány L. u. 15.) (szolgáltató neve, címe), a személyes adataimról a nyilvántartást vezesse, hivatalos megkeresés esetén azokról adatot szolgáltatson, az együttműködés során tudomására jutott különleges adataimat a mindenkor hatályos jogszabályokban előírtak szerint kezelje.

_____, 20 _____ hó _____ nap

aláírás