

	Városi Önkormányzat Képviselő - testülete Szociális Bizottsága 2651 Rétság, Rákóczi út 20. Tel: 35/ 550-100
---	--

KÉRELEM ÉTKEZTETÉS IGÉNYBEVÉTELÉHEZ

I.

1. Az ellátást igénybe vevő adatai:

Név:

Születési név:

Anyja neve:

Születési helye, időpontja:

Anyja neve:

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Állampolgársága:

Bevándorolt, letelepedett vagy menekült jogállása:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Tartásra köteles személy

a) Neve:

b) Lakóhelye:

c) Telefonszáma:

Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)

a) Neve:

b) Lakóhelye:

c) Telefonszáma:

Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma:

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: ☐

Alulírott nyilatkozom, hogy más szolgáltatónál, intézménynél szociális alapszolgáltatást (étkeztetés, házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, nappali ellátás) **nem veszek/ igénybe veszek.** (megfelelő aláhúzendő)

Más szolgáltató megnevezése:

Szolgáltatás megnevezése:

Dátum:

Az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása

II.

Jövedelemnyilatkozat étkeztetés igényléséhez

Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó személyi adatok:

Név:
 Születési név:
 Anyja neve:
 Születési helye, időpontja:
 Anyja neve:
 Lakóhelye:
 Tartózkodási helye:
 (itt azt a lakcímet kell megjelölni, ahol a kérelmező életvitel szerűen 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	
Egyéb jövedelem	
Önkormányzatok és munkaügyi szervek által folyósított ellátások	
Összes jövedelem	

Kiskorú igénybe vevő esetén a családban élőkre vonatkozó (nettó) 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	
Egyéb jövedelem	
Önkormányzatok és munkaügyi szervek által folyósított ellátások	
Összes jövedelem	

	A család létszáma: Fő	
	Az ellátást igénybe vevő kiskorú	
	Közei hozzátartozók neve	Rokoni kapcsolat
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
Összesen:		

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/2. számú melléklet

MEGÁLLAPODÁS

Szociális étkeztetés biztosításáról

mely létrejött egyrészről Rétság Város Önkormányzata (2651 Rétság, Rákóczi u. 20.) mint szolgáltatást nyújtó – képviseli Mezőfi Zoltán polgármester, másrészt, mint ellátást igénybe vevő:

Név:.....

Születési név:

Anyja neve:

Születési hely, idő:

TAJ szám:

Lakcím:

Szám alatti lakos (továbbiakban ellátott) illetve a nevében eljáró törvényes képviselő,

Név:.....

Születési név:.....

Anyja neve:

Születési hely, idő:

Lakcím:

(továbbiakban törvényes képviselő) között, az alulírott helyen és az alábbi feltételekkel:

A felek megállapodnak abban, hogy a szolgáltatást igénybevevő-én beadott, számú kérelme alapján a szolgáltató **az étkeztetést időponttól, településenhatározatlan időtartamra** biztosítja.

A szolgáltató, az étkezést (egyszeri meleg ebéd), az igénybevevő kérése szerint: **helyben fogyasztással, elvitellel/ lakásra szállítással biztosítja.**

A személyi térítési díj megállapítására, fizetésére vonatkozó szabályok

A szociális alapszolgáltatások körébe tartozó étkeztetésért térítési díjat kell fizetni. A kötelezett által fizetendő személyi térítési díj nem haladhatja meg az intézményi térítési díj összegét.

A személyi térítési díj összege nem haladhatja meg az ellátást igénybe vevő személy napi jövedelmének

- Étkeztetés esetén a (30 %) %-át.

Ha az ellátásra jogosult tartási vagy öröklési szerződést kötött, térítési díj fizetésére a tartást és gondozást szerződésben vállaló a kötelezett. Ilyen esetben a személyi térítési díj az intézményi térítési díjjal azonos összegű.

A személyes gondoskodás körébe tartozó szociális ellátás térítési díját: egy havi időtartamra utólag a tárgyhót követő hónap 15.-ig a Rétság Város Önkormányzat (2651 Rétság, Rákóczi u. 20.) Pénztárába kell befizetni, vagy a 11741031-15451615 számú számlájára megfizetni.

A térítési díj felülvizsgálata évente két alkalommal történhet, melynek során a szolgáltató köteles értesíteni a szolgáltatást igénybe vevőt, a megállapított új személyi térítési díj összegéről.

Az ellátás megszűnése:

- **A megállapodásban rögzített ellátás megszűnik:**
 - a kötelező önkormányzati feladat más szerv részére történő átadásával,
 - az ellátott halálával,
 - a határozott idejű szolgáltatás esetén, a megjelölt időtartam lejártával,
 - a jogosult intézménybe történő elhelyezése esetén,
 - a jogosult illetve törvényes képviselője kezdeményezése alapján,
 - a szolgáltatást igénybe vevő két havi személyi térítési díj fizetési kötelezettségének nem tesz eleget és tartozását a szolgáltató felszólítását követően sem rendezi

Az ellátás megszüntetéséről a szolgáltató írásos értesítést küld.

Felmondási idő 15 nap, kivéve, ha az ellátott vagy törvényes képviselője azonnali hatállyal vagy meghatározott időponttól kéri az ellátás megszüntetését.

Ha a szolgáltatást nyújtó által kezdeményezett megszüntetéssel a jogosult illetve törvényes képviselője nem ért egyet az értesítés kézhezvételétől számított 8 napon belül a Szolgáltatóhoz fordulhat.

Panaszok kezeléséről

Az ellátott (vagy törvényes képviselője) panaszával a szolgáltatóhoz fordulhat. Amennyiben az ügyintéző a panasz írásos benyújtásától számított 15 napon belül nem vizsgálja ki a panaszt, úgy az igénylő a fenntartóhoz fordulhat.

A megállapodást aláíró felek kijelentik, hogy vitás kérdéseiket elsődlegesen tárgyalás útján kívánják rendezni.

Az ellátottat a panaszai kivizsgálásában az ellátottjogi képviselő segítheti.

A terület ellátottjogi képviselője, és elérhetősége:

Neve: Galyasné Dósa Katalin

Telefon: 20/489/9654

E-mail: galyasne@ijb.emmi.gov.hu

Személyes adatok kezeléséről

A szolgáltatást nyújtó az ellátott adatait az 1993. évi III. törvény rendelkezései alapján nyilvántartja. Az adatokat az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló, 2011. évi CXII. törvény valamint az 1993. évi III. törvény előírásainak megfelelően titkosan kezeli.

Adatváltozások bejelentéséről

Az Ellátott köteles a szolgáltatásra vonatkozó jogosultsági feltételekben és a jövedelmi viszonyaiban beállt változásról 15 napon belül a szolgáltatót értesíteni.

Egyéb rendelkezések

A jelen megállapodásban nem szabályozott kérdésekben a PTK., továbbá a Szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló törvény és azokhoz kapcsolódó rendeletek rendelkezései az irányadók.

Alulírott ellátott illetve törvényes képviselő a mai napon a megállapodás egy példányát átvettem, és a benne foglaltakat tudomásul vettem.

Alulírottak a jelen megállapodást elolvasás után mint akaratukkal mindenben megegyezőt jóváhagyólag írják alá.

Dátum:

Ellátott/ Ellátott törvényes képviselője

Polgármester

(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. fogyatékoság 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 igénybevételeire 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. fogyatékoságban 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)