



Enyingi Egyesített Szociális Intézmény

8130 Enying, Szabadság tér 2.
Tel/Fax: 22/372-311; 22/572-065
e-mail: enying@egyszocint.axelero.net

Kérelem a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételéhez

Az ellátást igénybe vevő adatai:

Név:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési helye, ideje:

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Telefonszáma:

Legközelebbi hozzátartozójának (törvényes képviselőjének)

Neve:

Lakóhelye:

Telefonszáma:

Milyen típusú ellátás igénybevételét kéri:

- Étkeztetés: ☐
- Házi segítségnyújtás ☐
- Idősek nappali ellátása ☐

A személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátás igénybevételére vonatkozó adatok

Étkeztetés

- | | | |
|--|------|--------------------------|
| - egyedül élő: | igen | nem |
| - milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását: | | |
| - milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását: | | |
| - az étkeztetés módja: helyben fogyasztás | | ☐ |
| elvitellel | | ☐ |
| kiszállítással | | ☐ |
| diétás étkeztetés | | ☐ |
| - soron kívüli ellátásra vonatkozó igény: | igen | nem |

Házi segítségnyújtás

- milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását:
- milyen gyakorisággal kéri a szolgáltatás biztosítását:
- milyen típusú segítséget igényel:
- segítség a napi tevékenységek ellátásában: ☐
- bevásárlás, gyógyszerbeszerzés ☐
- személyes gondozás ☐
- egyéb, éspedig.....
-
- soron kívüli ellátásra vonatkozó igény: igen nem

Nappali ellátás

- milyen időponttól kéri a szolgáltatás biztosítását.....
- étkeztetést igényel-e:
- amennyiben igen: normált..... diétásat.....

Dátum:

az ellátást igénybe vevő (törvényes képviselő) aláírása

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:

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	
Összes jövedelem	

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

A család létszáma:
..... fő

		Munka- viszonyból és más foglalkozta- tási jogviszony ból származó	Társas és egyéni vállalkozásb- ól, őstermelői, szellemi és más önálló tevékenység ból származó	Táppénz, gyermek- gondozási támogatáso- k	Önkormány- zat 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:							

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**

IGAZOLÁS

Az étkezést igénybevevő egészségi állapotáról:

Név:

Születési hely, idő:

Lakóhely:

TAJ szám:

1. Önellátásra vonatkozó megállapítások (a megfelelő rész megjelölendő):

önellátásra képes ☐

részben képes ☐

segítséggel képes ☐

Az állapot:

időleges ☐

végleges ☐

2. Rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e:

igen ☐

nem ☐

3. Fertőző betegségben szenved-e:

igen ☐

nem ☐

4. Háziorvos / szakorvos egyéb megjegyzései:

javaslom

nem javaslom

Kelt:

P.H.

.....
orvos aláírása

*Az Enying Város Önkormányzata Képviselő-testületének 4/2021 (I.29.) 7.§ 9.pontja alapján
töltendő*