



Sajóvamos Község Önkormányzata
3712. Sajóvamos Munkácsy utca 2.
Tel: 46/597-221
E-mail: onkormanyzat@sajovamos.hu

KÉRELEM

A SZOCIÁLIS ÉTKEZTETÉS IGÉNYBEVÉTELÉHEZ

Hivatal tölti ki!

Érkezett:

Előadó:

Iktatási szám

**Érkeztető
sorszám**

A kérelmező személyre vonatkozó adatok I.:

Neve: _____

Születési neve: _____

Anyja neve: _____

Születési helye: _____ ideje /éé/hh/nn/

Lakóhelye _____ Irányító szám: _____

Tartózkodási helye: Megegyezik a lakóhellyel: igen / nem*

_____ Irányító szám: _____

Levelezési címe: Megegyezik a lakóhellyel: igen / nem*

_____ Irányító szám: _____

Telefonszám: _____

* **A megfelelő válasz aláhúzandó**

A kérelmező személyre vonatkozó adatok II.:

Állampolgársága: _____

Társadalombiztosítási Azonosító jele: _____

Telefonszám: _____

Az ellátást kérelmező cselekvőképessége: _____

Amennyiben nem, úgy:

Törvényes képviselőjének:

Neve: _____

Születési neve: _____

Anyja neve: _____

Születési helye: _____ ideje /éé/hh/nn/ _____

Lakóhelye _____ Irányító szám: _____

Tartózkodási helye: Megegyezik a lakóhellyel: igen / nem*

_____ Irányító szám: _____

Levelezési címe: Megegyezik a lakóhellyel: igen / nem*

_____ Irányító szám: _____

A kérelmező háztartására vonatkozó adatok:

A kérelmezővel együtt élő közeli hozzátartozók száma: fő.

Közeli hozzátartozó neve
(születési neve)

Családi kapcsolat megnevezése

Születési helye, ideje

Jövedelmi adatok

Jövedelem típusa	Kérelmező havi jövedelme Ft	Házastárs/élettárs havi jövedelme Ft	gyermekek havi jövedelme Ft
Kereső tevékenységből származó jövedelem	_____	_____	1. _____
			2. _____
			3. _____
			4. _____
Nyugdíj vagy nyugdíjszerű ellátás	_____	_____	1. _____
			2. _____
			3. _____
			4. _____
Egyéb jövedelem	_____	_____	1. _____
			2. _____
			3. _____
			4. _____
Összes jövedelem	_____	_____	1. _____
			2. _____
			3. _____
			4. _____

ORVOSI IGAZOLÁS
Szociális rászorultság igazolása egészségi állapot alapján
(65 év alatti személyek esetén)

Név:.....

Születési név:

Anyja neve:

Születési hely, idő:

Lakóhely:.....

Tartózkodási hely:

Igazolom, hogy fent nevezett egészségi állapota miatt étkeztetését nem képes biztosítani.

Megjegyzés az egészségi állapotra vonatkozóan:

Dátum:.....

Ph.

házi orvos / kezelő orvos

Kijelentem, hogy életvitelszerűen * a lakóhelyemen / tartózkodási helyemen élek.

Alulírott büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. Egyéb jövedelemmel nem rendelkezem. Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt adatok valódiságát a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 10. § (7) bekezdése alapján a szociális hatáskört gyakorló szerv - a NAV hatáskörrel és illetékességgel rendelkező adóigazgatósága útján - ellenőrizheti.

Alulírott hozzájárulok, hogy adataimat (családtagjaim adatait) a kérelem elbírálása céljából kezeljék.

Sajóvámos, _____

kérelmező aláírása

kérelmező házastársának/
élettársának aláírása

kérelmezővel együtt élő nagykorú közeli hozzátartozó(k)
aláírása

A kérelemhez mellékelni kell:

Jövedelemigazolásokat:

- önkormányzati rendelet 4.§ (2) bekezdésében meghatározott típusú igazolás

