Kérelem átvételének időpontja: Iktszám: ………………

Átvételi elismervény száma:

Kérelem átvevőjének aláírása:

**Kérelem**

***intézményigyermekétkeztetés, mint***

***természetben nyújtott ellátás biztosítása iránt***

**I. KÉRELMEZŐ T*Ö*RVÉNYES KÉPVISELŐ ADATAI**

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési helye, ideje (év, hó, nap):

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Telefonszám:

e-mail cím:

**II. AZ ELLÁTÁST IGÉNYBEVEVŐ GYERMEK AD*A*TAI:**

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési helye, ideje (év, hó, nap):

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

**III. AZ ELLÁTÁS IGÉNYBEVÉTELÉNEK KEZDŐ IDŐPONTJA:**

**IV. *I*GÉNYELT ÉTKEZÉS** (kérem, aláhúzással jelölje):

 *TÍZÓRAI EBÉD UZSONNA*

**V. ÉTKEZÉS TÍPU*SA* (kérem, aláhúzással** jelölje):

*NORMÁL*  *DIÉTÁS*

**VI. A*Z* ELLÁTÁS *I*GÉNYBEVÉTELÉNEK HELYE, KÖZNEVELÉSI INTÉZMÉNY, MEGNEVEZÉSE, ISKOLAI ÉTKERZTETÉS ESETÉN AZ OSZTÁLY MEGJELÖLÉSE:**

**Felelőss*ég*em tudatában kijelentem, hogy a kérelemben kö*z*ölt adatok a valóságnak megfelelnek, az azokban tört*é*nt változást 15 napon belül az ellátást biztosító intézmény vezetője felé bejelentem. Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatok kezeléséhez.**

**A kérelem mellékletét képező tájékoztat*ó* tartalmát tudomásul vettem.**

Érd,

………………………………………….

 **kérelmező**

Alulírott - a fentnevezett tanuló nevében – normatív kedvezmény iránti igényt nyújtok be, mert a hivatkozott jogszabályban meghatározott feltételek közül az alábbi teljesül:

****(kérjük „X”-el jelölni!)

**Rendszeres gyermekvédelmi támogatásban részesülő után járó kedvezmény**

........... év ............... hó ......... napjától *..*........ év ....*.*............ hó ....... napjáig

rendszeres gyermekvédelmi kedvezményben részesülök.

(legyen szíves csatolni a támogatási megállapító határozat fénymásolatát!)

***H*árom- vagy többgyermekes családban élő gyermek után járó kedvezmény**

Nyilatkozom, hogy velem közös háztartásomban élő gyermekek száma .......

Ebből 18 éven aluli: ………. fő

 25 évnél fiatalabb felsőoktatásban tanuló: ……. fő

súlyosan fogyatékos, ill. tartós beteg: ………. fő

 *(*16 évesnél idősebb gyermek esetén kérjük csatolni az iskolalátogatási igazolást!)

**Tartósan beteg vagy fogyatékos gyermek után járó kedvezmény**

Nyilatkozom, hogy fent nevezett, ellátásban részesülő gyermekem tartósan beteg, fogyatékos.

(Szíveskedjen csatolni a tartós betegség, vagy fogyatékosság tényét igazoló okirat másolatát!)

A fenti jogcímek közül csak az egyik alapján igényelhető normatív kedvezmény!

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek, azok változásáról a változást követő 15 napon belül értesítem az intézményt.

Dátum: ……………………………………………..

……………………………………………………………….