**Nyilatkozat**

Alulírott…………………………………………………………………………………. nyilatkozom, hogy a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevétele részemről az alábbi kritérium/ok alapján történik **(megfelelő válasz aláhúzandó, a szükséges dokumentum csatolandó)**

A jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevétele szempontjából szociálisan rászorult

1. egyedül élő 65 év feletti személy,
2. egyedül élő súlyosan fogyatékos vagy pszichiátriai beteg személy,

**(a súlyos fogyatékosság és pszichiátriai betegség igazolására szolgáló orvosi zárójelentést, határozatot csatolni szükséges)**

1. a kétszemélyes háztartásban élő 65 év feletti, illetve súlyosan fogyatékos vagy pszichiátriai beteg személy, ha egészségi állapota indokolja a szolgáltatás folyamatos biztosítását.

**(a súlyos fogyatékosság és pszichiátriai betegség igazolására szolgáló orvosi zárójelentést, határozatot csatolni szükséges,**

**az egészségi állapot miatt igénybevett szolgáltatás jogosultságát a háziorvos igazolja, melyet kérünk csatolni)**

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulok a nyilatkozatban szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához.

Pápa, 2023. ………………………………………….

………………………………………

 nyilatkozó aláírása