

## Nyilatkozat

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

A jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevétele szempontjából szociálisan rászorult

- a) egyedül élő 65 év feletti személy,
- b) egyedül élő súlyosan fogyatékos vagy pszichiátriai beteg személy,  
**(a súlyos fogyatékoság és pszichiátriai betegség igazolására szolgáló orvosi zárójelentést, határozatot csatolni szükséges)**
- c) a kétszemélyes háztartásban élő 65 év feletti, illetve súlyosan fogyatékos vagy pszichiátriai beteg személy, ha egészségi állapota indokolja a szolgáltatás folyamatos biztosítását.  
**(a súlyos fogyatékoság és pszichiátriai betegség igazolására szolgáló orvosi zárójelentést, határozatot csatolni szükséges, az egészségi állapot miatt igénybevett szolgáltatás jogosultságát a házi orvos 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, 2024. ....

.....

nyilatkozó aláírása