

Szünidei gyermekétkeztetés megállapítása iránti KÉRELEM

Szülő (gondviselő) neve:
(aki a rendszeres gyermekvédelmi kedvezményre való jogosultság iránti kérelmet benyújtotta)

Születési neve: Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Telefonszáma:

Gyermek neve:

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Gyermelem napjától napjáig rendszeres
gyermekvédelmi kedvezményre jogosult.

Kijelentem, hogy a kérelmemnek teljes egészében helyt adó döntés elleni fellebbezési jogomról lemondok.

Hozzájárulok, hogy a polgármester a szünidei gyermekétkeztetés igénybevételéről szóló határozatot a gyermekétkeztetést szervező, Szolnok Megyei Jogú Város Önkormányzat Egészségügyi és Bölcsődei Igazgatósága részére átadja.

Tudomásul veszem, hogy amennyiben az általam igényelt gyermekétkeztetést egymást követő három munkanapon nem veszem igénybe, az idei évre a nyári szünidei gyermekétkeztetésből kizárnak.

Az étkezés lemondására, módosítására Szolnok Megyei Jogú Város Önkormányzat Egészségügyi és Bölcsődei Igazgatóságán, illetve a Szociális Támogatások Osztályán van lehetőség.

A kérelemhez **csatolni kell** a köznevelési intézmény (iskola) vagy a Szolnoki Kistérség Többcélú Társulása Humán Szolgáltató Központ támogató javaslatát.

A kérelem benyújtásának ideje:

A kérelem benyújtására 2024. május 21-től van lehetőség.

Tudomásul veszem, hogy ha a kérelmet 2024. május 20. előtt nyújtom be, a kérelem elutasításra kerül.

A kérelem benyújtásának helye

Szolnok Megyei Jogú Város Polgármesteri Hivatala
Szociális Támogatások Osztálya
Szolnok, Kossuth tér 1. Irodaház földszint
Telefon: 56/503-586

Ügyfélfogadás ideje

hétfő 13-16 óráig,
szerda 9-11 és 13-15 óráig,
péntek 9-12 óráig.

Az önkormányzat a nyári szünidei gyermekétkeztetést **43 munkanapon** ingyen biztosítja **2024. július 2. és 2024. augusztus 30.** napja közötti időszakban.

Kérjük, válassza ki, hogy minden nap vagy csak bizonyos napokon kéri az étkezést!

Az étkezést mind a 43 munkanapon kérem*

Az étkezést a táblázatban x-szel jelölt napokon kérem**

1. hét		Július 2. kedd	Július 3. szerda	Július 4. csütörtök	Július 5. péntek	
2. hét	Július 8. hétfő	Július 9. kedd	Július 10. szerda	Július 11. csütörtök	Július 12. péntek	
3. hét	Július 15. hétfő	Július 16. kedd	Július 17. szerda	Július 18. csütörtök	Július 19. péntek	
4. hét	Július 22. hétfő	Július 23. kedd	Július 24. szerda	Július 25. csütörtök	Július 26. péntek	
5. hét	Július 29. hétfő	Július 30. kedd	Július 31. szerda	Augusztus 1. csütörtök	Augusztus 2. péntek	Augusztus 3. szombat
6. hét	Augusztus 5. hétfő	Augusztus 6. kedd	Augusztus 7. szerda	Augusztus 8. csütörtök	Augusztus 9. péntek	
7. hét	Augusztus 12. hétfő	Augusztus 13. kedd	Augusztus 14. szerda	Augusztus 15. csütörtök	Augusztus 16. péntek	
8. hét			Augusztus 21. szerda	Augusztus 22. csütörtök	Augusztus 23. péntek	
9. hét	Augusztus 26. hétfő	Augusztus 27. kedd	Augusztus 28. szerda	Augusztus 29. csütörtök	Augusztus 30. péntek	

Kérem diétás étrend biztosítását: **igen / nem**

a következő egészségi állapotra tekintettel:

Szolnok, 2024.

.....
az ellátást igénylő aláírása
 (szülő/gondviselő/családba fogadó gyám)