Szolnok Megyei Jogú Város

Polgármesteri Hivatala

Szociális Támogatások Osztálya

**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:

Gyermekem …………………………. 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* *Ügyfélfogadás ideje*

Szolnok Megyei Jogú Város Polgármesteri Hivatala hétfő 13-16 óráig,

Szociális Támogatások Osztálya szerda 9-11 és 13-15 óráig,

Szolnok, Kossuth tér 1. Irodaház földszint péntek 9-12 óráig.

Telefon: 56/503-586

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***

 (s*zülő/gondviselő*/*családba fogadó gyám)*