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)*