

Miskolci Zsidó Hitközség

3525 Miskolc, Kazinczy u. 7.

MEGÁLLAPODÁS

- Szociális étkeztetés -

Amely létrejött egyrészről a Miskolci Zsidó Hitközség (székhely: 3525 Miskolc, Kazinczy u. 7. adószám: 19931580-1-05. képviseli: Grósz Endre Iván, Deutsch Miklós), mint ellátást biztosító Szolgáltató: (szolgáltató telephelye: Dunaújvárosi Szociális Szolgáltató: 2400 Dunaújváros, Városháza tér 2. „B” épület fsz 10-11.)

másrészt:

Személyes

Családi és utóneve:

Születési családi és utóneve:

Születési helye:

Születési ideje:

Anyja születési és családneve:

Lakcím:

Tartózkodási cím:

az alulírott helyen és napon az alábbi feltételekkel:

adatok

TAJ száma:

Telefonszáma:

mint ellátást igénybe vevő között,

illetve (ha szükséges) a szolgáltatást igénybe vevő törvényes képviselője:

Családi és utóneve:

Születési családi és utóneve:

Lakcím / Tartózkodási cím / Értesítési cím:

között, mint

Kérelmező

A szolgáltatás igénybevételéről

Az Ellátott, illetve törvényes képviselője által beadott kérelem alapján Szolgáltató _____ naptól biztosítja a kérelmező részére az **étkeztetést**, mint személyes gondoskodást nyújtó szociális alapszolgáltatás igénybevételének lehetőségét, szociálisan rászorult személyek részére. Az ellátás időtartama **határozott** időtartamú, 20__ év ____ hó ____ napjáig, vagy **határozatlan** idejű. (* megfelelő rész aláhúzendő)

A megállapodás keretében igénybe vehető szolgáltatások

Az étkeztetés keretében normál főétkezésként igény szerint legalább napi egyszeri meleg étel biztosítása.

Az étel átvételének időpontja: hétfőtől- péntekig 12⁰⁰-14⁰⁰ óra között történik.

Munkaszüneti napokon étkeztetés nem igényelhető.

Az étel átadása műanyag (étel szállítására alkalmas) dobozban történik.

Térítési díj fizetéséről

Fenntartó döntése alapján jelen megállapodás megkötésekor a személyi térítési díj egységesen lett megállapítva.

TÉRÍTÉSI DÍJ EGYSÉGESEN:

Ft/nap

A személyi térítési díj összegét minden esetben Szolgáltató házi pénztárába a tárgyhót megelőző hónap 20-ig kell megfizetni, Szolgáltató által kiállított készpénzfizetési számla ellenében.

A házi pénztár címe: 2400 Dunaújváros, Városháza tér 2. „B” épület fsz 10-11.

Ha az ellátást betegség vagy más ok miatt a jogosult nem kívánja igénybe venni, akkor ezt legalább **két munkanappal** korábban be kell jelenteni az **Asszisztensnek**. Ebben az esetben a kötelezett erre az időre mentesül a térítési díj megfizetésének kötelezettsége alól. Az Ellátott arra az időszakra is mentesül a térítési díj megfizetésének kötelezettsége alól, amelyben az általa megrendelt ételt a **Szolgáltató hibájából** nem kapta meg, és erről a Szolgáltatót haladéktalanul, legkésőbb az eseményt követő **egy munkanapon** belül tájékoztatta.

A **térítési díjat fizető** személy az ellátott, vagy az Ellátott törvényes képviselője:

Név:

Lakcím:

Térítési díj meg nem fizetésének szabályai

Az ellátott, a törvényes képviselője vagy a térítési díjat megfizető személy a térítésszám-fizetési kötelezettségnek nem tesz eleget, ha

a) hat hónapon át folyamatosan térítésszám-tartozás áll fenn, és az a hatodik hónap utolsó napján a kéthavi személyi térítési díj összegét meghaladja, és

Szolgáltató telephelye: Dunaújvárosi Szociális Szolgáltató
2400 Dunaújváros, Városháza tér 2. „B” épület fsz 10-11.
Telefonszám (szolgáltatás lemondása): 06-20-351-61-56
email: dujvszsz@gmail.com

Miskolci Zsidó Hitközség

3525 Miskolc, Kazinczy u. 7.

b) vagyoni, jövedelmi viszonyai lehetővé teszik a térítési díj megfizetését.

Ha három hónapon át térítési díj-tartozás áll fenn, az ellátottat, a törvényes képviselőt vagy a térítési díjat megfizető személyt írásban tájékoztatni kell a felmondás lehetőségéről, annak kezdő időpontjáról.

Adatváltozások bejelentéséről

Az Ellátott köteles a szolgáltatásra vonatkozó jogosultsági feltételekben és a jövedelmi viszonyaiban beállt változásról 15 napon belül az asszisztenszt értesíteni.

Megállapodás megszűnéséről és megszüntetéséről

A jogviszony megszűnik, ha:

- a megállapodást az ellátott, illetve törvényes képviselője felmondásával indokolás nélkül bármikor,
- a intézmény jogutód nélküli megszűnésével,
- a jogosult halálával,
- határozott idejű megállapodás esetén a megjelölt időpont lejártával,
- a fenntartó vagy az általa megbízott személy írásban mondja fel azt.

A jogviszony megszüntetéséről az Asszisztens írásos értesítést küld.

A felmondási idő 15 nap, kivéve, ha az Ellátott vagy törvényes képviselője azonnali hatállyal vagy meghatározott időponttól kéri a jogviszony megszüntetését.

Ha a fenntartó által kezdeményezett megszüntetéssel a jogosult, illetve törvényes képviselője nem ért egyet, az értesítés kézhezvételét követően bírósághoz fordulhat.

Ebben az esetben az ellátást változatlan feltételek mellett mindaddig biztosítjuk, amíg a bíróság jogerős határozatot nem hoz.

Panaszok kezeléséről

Az ellátott (vagy törvényes képviselője) panaszával az intézményvezetőhöz fordulhat. Amennyiben az intézményvezető a panasz írásos benyújtásától számított 15 napon belül nem vizsgálja ki a panaszt, úgy az igénylő ezt követő 8 napon belül a **Fenntartóhoz** fordulhat.

A Megállapodást aláíró felek kijelentik, hogy vitás kérdéseiket elsődlegesen tárgyalás útján kívánják rendezni. Ha a panaszt ezt követően sem sikerül tisztázni, az ellátott panaszait megteheti:

Ellátottjogi képviselő: Filotásné Ugrics Katalin: +36 20 4899 527

Személyes adatok kezeléséről

A szolgáltató az ellátott adatait az 1993. évi III. törvény rendelkezései alapján nyilvántartja. Az adatokat az információs önrendelkezési jogról és az információs szabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény előírásainak megfelelően kezeli.

Tájékoztatom, hogy az 1993. évi III. törvény és a 415/2015. (XII.23) Kormányrendelet módosított rendelkezései értelmében a szociális

étkeztetést igénybevevőiről adatot szolgáltatunk a Központi Elektronikus Nyilvántartás (KENYSZI) nevű rendszer részére. Az adatszolgáltatás a Szociális törvény alapján a szolgáltatást igénybevevő személy személyes adataira (név, születési név, születési hely és idő, TAJ szám, lakcím és tartózkodási cím), illetve a szolgáltatás napi igénybevételének tényére terjed ki.

Egyéb rendelkezések

A jelen megállapodásban nem szabályozott kérdésekben a Ptk., továbbá a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló törvénynek és a kapcsolódó jogszabályoknak a rendelkezései az irányadók.

Alulírott, szolgáltatást igénybe vevő, illetve kötelezett kijelentem, hogy a biztosított szociális étkeztetés igénybevételének feltételeiről,

tartalmáról; a vezetett nyilvántartásokról; a házirendről; a fizetendő térítési díjról, a teljesítés feltételeiről, illetve a mulasztás következményeiről; a szolgáltatást igénybe vevő jogairól és kötelezettségeiről; a panaszjog gyakorlásának módjáról; az Ellátottjogi képviselőről és elérhetőségéről; a megszűnés eseteiről szóló tájékoztatást megkaptam, és azt tudomásul vettem.

Jelen megállapodás módosítására mindkét fél egyező akaratával, ill. jogszabály változás okán kerülhet sor.

Alulírott, szolgáltatást igénybe vevő, illetve kötelezett a mai napon a megállapodás egy példányát átvettem, és a benne foglaltakat tudomásul vettem.

Alulírottak a jelen megállapodást elolvasás után, mint akaratukkal mindenben megegyezőt jóváhagyólag írják alá.

Kelt: _____.

Ellátást igénybe vevő

Szolgáltató

Törvényes képviselő

P.H.

Szolgáltató telephelye: Dunaújvárosi Szociális Szolgáltató
2400 Dunaújváros, Városháza tér 2. „B” épület fsz 10-11.
Telefonszám (szolgáltatás lemondása): 06-20-351-61-56
email: dujvszsz@gmail.com

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS SZOCIÁLIS ÉTKEZTETÉS IGÉNYLÉSE ESETÉN (a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)

Igénylő neve (születési név):

Születési hely, idő:

Lakóhely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jel:

Egészségi állapotára vonatkozó adatok:

szenved-e krónikus betegségben: igen / nem

van e fogyatéka: igen / nem

ha igen annak típusa: hallássérült / látássérült / mozgássérült / értelmi sérült

szenvedett-e fertőző betegségben 6 hónapon belül: igen / nem

szenvedélybetegségben szenved-e: igen / nem

pszichiátriai megbetegedésben szenved-e: igen / nem

demenciában szenved-e: igen / nem

A háziorvos (kezelőorvos) az igénylő egészségi állapota miatt az igénybevételt javasolja / nem javasolja.

(a megfelelő részek aláhúzendóak)

A háziorvos (kezelőorvos) egyéb megjegyzései, javaslatai:

Dátum:

Orvos aláírása:

P. H.

(szükség esetén külön melléklet csatolható az igazoláshoz)