**Čestné vyhlásenie k stravovaniu**

**Vyhlasujem na svoju česť**

* že dôchodok je jediným zdrojom mojej (našej) výživy
* že ani ja ani môj manžel(ka), druh(žka) nie je v trvalom alebo prechodnom pracovnom pomere
* nebol mne, ani môjmu manželovi(ke) povolený ambulantný predaj ani súkromná živnosť

Bývam (bývame):

* v ..... izbovom družstevnom byte
* v ..... izbovom obecnom byte
* v ..... izbovom byte v osobnom vlastníctve
* v ..... izbovom rodinnom dome
* v podnájme – u koho ..................................

Vychoval(a) som ....... detí

Žiadam o priznanie stravovania z týchto dôvodov: ...............................................................................

................................................................................................................................................................

**Svojim podpisom potvrdzujem, že som si vedomý(á), že uvedením nepravdivých údajov, alebo ich zamlčaním môže mi byť dávka (služba) odňatá, resp. vymáhaná so spiatočnou platnosťou**.

**Súčasne súhlasím so spracovaním osobných údajov podľa zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov.**

Dátum: ..................................................... ..................................................................

 podpis žiadateľa

**Poučenie:** Čestné vyhlásenie je potrebné vyplniť vo všetkých údajoch, nehodiace sa prečiarknite

**––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––**

**Vyjadrenie lekára v prípade poskytnutia sociálnej služby zo zdravotných dôvodov, ak žiadateľ nedosiahol 70 rokov života:**

Potvrdzujem, že žiadateľ(ka) ...................................................................... je z hľadiska zdravotného

stavu odkázaná(ý) na zabezpečenie spoločného stravovania z titulu choroby (žiadame slovne uviesť zdravotný dôvod, diagnózu) ..................................................................................................................

................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................

Dátum: ............................................. ....................................................................

 pečiatka a podpis lekára