

**Marktgemeindeamt Lambach**  
**Marktplatz 8**  
**4650 Lambach**

## **Aktion „Essen auf Rädern" - Einbeziehung**

Zu- und Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Weitere Person im Haushalt: \_\_\_\_\_

Wenn alleinstehend/Kontaktperson: \_\_\_\_\_

Befragung des Antragstellers bzw. dessen Hausarzt zur Feststellung, ob Diätkost erforderlich ist oder nicht (ärztliche Bestätigung erforderlich!).

DIÄTKOST:  **JA**  **Nein**

Bezieht der Antragsteller Pflegegeld:

PFLEGEgeld:  **JA / Stufe:** \_\_\_\_\_  **Nein**

### **Begründung des Antrages**

Ich bin nicht in der Lage, mir selbst eine warme Mahlzeit zuzubereiten oder zu besorgen.

Mir steht auch keine andere Hilfe zur Verfügung.

Andere Gründe: \_\_\_\_\_

Ich nehme zur Kenntnis, dass auf die Einbeziehung kein Rechtsanspruch besteht.

Falls ich bei der Aktion „Essen auf Rädern" als Teilnehmer einbezogen werde, erkläre ich mich mit den im Merkblatt genannten Bedingungen der Marktgemeinde Lambach und dem Preis einverstanden.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Antragsteller: \_\_\_\_\_