

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: _____