**Az ellátást igénybe vevő / törvényes képviselője jognyilatkozata**

1. Alulírott szolgáltatást igénybe vevő, illetve kötelezett kijelentem, hogy a biztosított támogató szolgáltatás igénybevételének feltételeiről, tartalmáról, a vezetett nyilvántartásokról, az intézményi térítési díjról, a fizetendő személyi térítési díjról, az önköltségről, a teljesítés feltételeiről, illetve a mulasztás következményeiről, a jogaimról és kötelezettségeimről, a panaszjog gyakorlásának módjáról, az ellátottjogi képviselőről és elérhetőségéről, az intézményi jogviszony megszűnésének eseteiről szóló tájékoztatást megkaptam, azt *megértettem, tudomásul vettem*, *így magamra nézve kötelezőnek tartom.*
2. Önkéntesen hozzájárulok, hogy a Támogató Szolgálat a személyes adataimról hivatalos megkeresés esetén adatot szolgáltasson, az együttműködés során tudomására jutott különleges adataimat a mindenkori hatályos jogszabályokban előírtak szerint kezelje.
3. A szociális ellátásra való jogosultságom feltételeiben, valamint a személyi adataimban bekövetkező változásokat az intézményvezetőnek bejelentem, az újabb dokumentációkat haladéktalanul megküldöm.
4. Az egészségi állapotomra vonatkozó orvosi adatszolgáltatáshoz hozzájárulok.
5. Hozzájárulok, hogy hallgató, gyakornok, önkéntes, előzetes egyezetés alapján a szolgáltatás nyújtásában részt vegyen.
6. Kijelentem, hogy a *felmerülő kérdéseimre választ kaptam, szabad akaratomból, mindenféle kényszertől mentesen kérem a szolgáltatás nyújtását.*
7. Kijelentem, hogy a jognyilatkozatot, a szolgáltatás igénybevételére irányuló kérelmet, valamint a megállapodást szabad akaratomból írom alá *cselekvőképesként, ill. cselekvőképességemben részlegesen korlátozottként.\**

*Cselekvőképességet teljesen korlátozó gondnokság\** alatt álló személyként akaratomat a gondnokom képviseli és aláírásával igazolja. *(Aláhúzandó.)*

Dátum:………………………………..

 …………………………………………………..

 Ellátott személy / törvényes képviselője aláírása