**KÉRELEM**

**a komplex minősítés eredményéről szóló hatósági bizonyítvány kiadásához[[1]](#footnote-1)**

**Ügyszám: A személyi adatok hitelesítésére**

**Iktatószám: jogosult szerv/személy tölti ki!**

 A személyi adatok hitelességét a

 …………… számú

 …………………………………..

 alapján igazolom.

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

 aláírás(ok)

**A hatósági bizonyítvány kiállítását kérő adatai**

**Családi és utóneve:** …………………………………………………………………………………………

**Születési családi és utóneve:** ……………………………………………………………………….............

**Születési helye:** ………………………………………………………………………………………..........

**Születési ideje:** ……………………………………………………………………………………………...

**Anyja születési családi és utóneve:** …………………………………………………………………..........

**Társadalombiztosítási azonosító jele:** \_ \_ \_ - \_ \_ \_ - \_ \_ \_

**A kérelmező lakóhelye (bejelentett)[[2]](#footnote-2)**: ……. irányítószám
 ……………………………………… település ………………………….................................. közterület neve ……… jellege … szám … emelet … ajtó.

**Elérhetőségei**: telefonszám: …………………………………………………………………………...

fax szám: ………………………………………………………………………………

 e-mail cím: …………………………………………………………………………….

**A kérelmező tartózkodási helye (bejelentett)[[3]](#footnote-3)**: ……. irányítószám ……………………………………… település ………………………….................................. közterület neve ……… jellege … szám … emelet … ajtó.

**A kérelmező levelezési/értesítési címe:** *(Amennyiben eltér a lakcímtől vagy tartózkodási helytől!)*

……. irányítószám ………………………………………………….. település ………………….......................………közterület neve ……… jellege … szám … emelet … ajtó.

**A Kérelem elbírálását az alábbi szervtől kérem:** *(Kérjük, válasszon!)*

□ (bejelentett) lakóhely szerinti

□ (bejelentett) tartózkodási hely szerinti

**Képviselő (meghatalmazott, gondnok) adatai:[[4]](#footnote-4)**

* **Családi és utóneve:** …………………………………………………………………………………
* **Lakóhelye:** .............. irányítószám ………...…………………………………………….. település …………………………..……... közterület neve ………… jellege ……. szám ….. emelet …..ajtó
* **Tartózkodási helye:** .............. irányítószám …………………………………………….. település …………………………..……... közterület neve ………… jellege ……. szám ….. emelet …..ajtó
* **Elérhetőségei:** telefonszám: ………………………………………………………………………...

fax szám: …………………………………………………………………………….

 e-mail cím: …………………………………………………………………..............

**A hatósági bizonyítvány kiállítását új komplex minősítés alapján kérem.** *(Kérjük, válasszon!)*

□ igen □ nem

**A hatósági bizonyítvány kiállítását meglévő érvényes komplex minősítés alapján kérem.***(Kérjük, válasszon!)*

□ igen\* □ nem

\* Igen válasz esetén a komplex minősítés eredményéről szóló összefoglaló véleményt kiállító szerv neve, a vélemény kelte, száma: ……………………………………………………………………………..…

**Komplex vizsgálatomat és a hatósági bizonyítványt hozzátartozóm ápolási díj iránti kérelmének elbírálásához kérem:** *(Kérjük, válasszon!)*

□ igen □ nem

**A kérelmezőként megjelölt személy vizsgálatát a kiemelt ápolási díjat igénylő hozzátartozójaként kérem. Mint ilyen hozzátartozó a kérelem aláírásával nyilatkozom arról is, hogy a kiemelt ápolási díj iránti kérelmet az illetékes hatósághoz benyújtottam.**

□ igen □ nem

**Az ápolási díjat igénylő hozzátartozóm adatai: [[5]](#footnote-5)**

**Családi és utóneve:** ……………………………………………………………………………………

 **Születési helye, ideje:**……………………………………………………………………………..........

**Lakóhelye (bejelentett)[[6]](#footnote-6)**: ……. irányítószám ……………………………………… település ……………………….................................. közterület neve ……… jellege … szám … emelet … ajtó.

**Tartózkodási helye (bejelentett)[[7]](#footnote-7)**: ……. irányítószám ……………………………………… település ……………………….................................. közterület neve ……… jellege … szám … emelet … ajtó.

**A hatósági bizonyítványt felhasználó hatóság (pl. járási hivatal) megnevezése, és címe:**

………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………..

Alulírott *a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól és egyes törvények módosításáról szóló* 2011. évi CXCI. törvény 26/A. §-ában foglaltak alapján **kérem a rehabilitációs hatóságként eljáró megyei kormányhivatalt, a fővárosban Budapest Főváros Kormányhivatalát, hogy a komplex minősítést végezze el, és annak eredményéről hatósági bizonyítványt állítson ki részemre.**

Kijelentem, hogy a kérdésekre adott válaszok a valóságnak megfelelnek és a kérelmemhez csatolt másolatok az eredetivel megegyeznek.

Tudomásul veszem, hogy a valótlan adatszolgáltatásból eredő kárért felelősséggel tartozom, valamint köteles vagyok azonnal, de legkésőbb 8 napon belül bejelenteni a kérelmet elbíráló szervnek minden olyan tényt, adatot, körülményt, amely a kérelemben foglaltakat érinti.

Az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény, az általános közigazgatási rendtartásról szóló 2016. évi CL. törvény, valamint a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól és egyes törvények módosításáról szóló 2011. évi CXCI. törvény értelmében a jelen kérelmemre indított eljárásban a rehabilitációs hatóság az igényelt ellátás megállapításához szükséges mértékű és azzal összefüggő személyes- és különleges adataim kezelésére jogosult.

Kelt: ………………, 20… .év ……………… hó ….. nap

 ……………………………………

 kérelmező aláírása

Személyesen átvéve: ……………, 20 ‗‗ év ‗‗‗‗‗‗‗ hó ‗‗‗‗‗‗‗ nap

 ‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗

igényfelvevő aláírása

**Záradékok:**

Alulírott igényfelvevő a személyes átvétel során jelen Kérelmet,
a Kérelem …………………………………………………………… pontjait a kérelmező/ meghatalmazott/ gondnok helyett, kérésére és beleegyezésével, akaratának és nyilatkozatának megfelelő tartalommal töltöttem ki.

Kelt: ……………, 20 ‗‗ év ‗‗‗‗‗‗‗ hó ‗‗‗‗‗‗‗ nap

 ‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗ ‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗

 igényfelvevő aláírása kérelmező/meghatalmazott/gondnok aláírása

Alulírott igényfelvevő a személyes átvétel során jelen Kérelem ……………………………………………….……………………………… pontjaiban a
kérelmező/ meghatalmazott/gondnok helyett, kérésére és beleegyezésével, akaratának és nyilatkozatának megfelelő tartalommal módosításokat eszközöltem.

Kelt: ……………, 20 ‗‗ év ‗‗‗‗‗‗‗ hó ‗‗‗‗‗‗‗ nap

 ‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗ ‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗

 igényfelvevő aláírása kérelmező/meghatalmazott/gondnok aláírása

1. A kérelemhez csatolandó mellékletek:

a) egy hónapnál nem régebbi, a háziorvosa által kiállított „ORVOSI BEUTALÓ az orvosszakértői szervhez, illetve FOB-hoz a munkaképesség-változás vagy a keresőképesség felülvéleményezése céljából” elnevezésű nyomtatvány [a 102/1995. (VIII. 25.) Korm. rendelet 4. sz. melléklete],

b) a „Nyilatkozat a szakértői minősítéshez” című nyomtatvány kitöltve, továbbá

c) egészségi állapotára vonatkozó zárójelentések, szakorvosi leletek,

d) az illetékes járási hivatal, kormányhivatal, NRSZH, ORSZI, OOSZI szakvélemények/szakhatósági állásfoglalások - amennyiben korábban már sor került orvosi felülvizsgálatára. [↑](#footnote-ref-1)
2. A lakcímet igazoló hatósági bizonyítványban (lakcímkártyán) szereplő cím [↑](#footnote-ref-2)
3. A lakcímet igazoló hatósági bizonyítványban (lakcímkártyán) szereplő cím [↑](#footnote-ref-3)
4. Csak abban az esetben kell kitölteni, amennyiben a kérelmező képviselő közreműködésével jár el. Ebben az esetben kérjük, csatolja meghatalmazott esetén a meghatalmazást, gondnok esetén a gondnokkirendelő gyámhivatali határozatot. [↑](#footnote-ref-4)
5. Csak abban az esetben kell kitölteni, ha az előző kérdésre „igen” választ adott. [↑](#footnote-ref-5)
6. A lakcímet igazoló hatósági bizonyítványban (lakcímkártyán) szereplő cím [↑](#footnote-ref-6)
7. A lakcímet igazoló hatósági bizonyítványban (lakcímkártyán) szereplő cím [↑](#footnote-ref-7)