

A D A T L A Pa megváltozott munkaképességű személyek ellátása iránt¹Ügyszám:
Iktatószám:**A személyi adatok hitelesítésére
jogosult szerv/személy tölti ki!**A személyi adatok hitelességét a
..... számú.....
alapján igazolom......
aláírás(ok)**I. A kérelmező természetes személyazonosító adatai**

Családi és utóneve:

Születési családi és utóneve:

Születési helye (ország, megye, tartomány, város)²:

Születési ideje:

Anyja születési családi és utóneve:

Állampolgársága:

Társadalombiztosítási azonosító jele: ___ - ___ - ___

II. Az igény elbírálásához szükséges adatok

1. A kérelmező lakóhelye (bejelentett)³: irányítószám
..... település
közterület neve jellege ... szám ... emelet ... ajtó.

2. Elérhetőségei: telefonszám:
fax szám:
e-mail cím:

3. Tartózkodási helye (bejelentett)⁴: irányítószám
..... település
közterület neve jellege ... szám ... emelet ... ajtó.

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

(bejelentett) lakóhely szerinti

(bejelentett) tartózkodási hely szerinti

¹ Az adatlapot a lakcíme (bejelentett lakóhelye vagy bejelentett tartózkodási helye) szerint illetékes, rehabilitációs hatóságként eljáró megyei kormányhivatalhoz, a fővárosban Budapest Főváros Kormányhivatalához kell benyújtani, illetve megküldeni.

² Spanyolországban született személyek esetében csak a tartományt jelölje meg. Több kerületből álló, francia városok esetében adja meg a kerület számát (pl. Párizs 14). Portugál körzetek esetében adja meg a közigazgatási egységet és a helyhatóságot is. Holland városok esetében, tüntesse fel a közigazgatási terület nevét is.

³ A lakcímet igazoló hatósági bizonyítványban (lakcímkártyán) szereplő cím

⁴ A lakcímet igazoló hatósági bizonyítványban (lakcímkártyán) szereplő cím

5. **Folyósítási címe:** irányítószám település
 közterület neve jellege ... szám ... emelet ... ajtó.
6. **Levelezési/Értesítési címe:** (Amennyiben eltér az 1. vagy 3. pontban megjelölt címtől!)
 irányítószám település
 közterület neve jellege ... szám ... emelet ... ajtó.
7. **Gondnoka van-e⁵?** Igen Nem
 Gondnok adatai:⁶
- **Családi és utóneve:**
 - **Lakóhelye:** irányítószám település
 közterület neve jellege ... szám ... emelet ... ajtó.
 - **Tartózkodási helye⁷:** irányítószám település
 közterület neve jellege szám emeletajtó
 - **Elérhetőségei:** telefonszám:
 fax szám:
 e-mail cím:
8. **Pénzforgalmi fizetési számlára kéri az utalást?** Igen Nem

Tájékoztatjuk, hogy 2006. január 1-jétől kezdődően az előreláthatólag 90 napot meghaladó külföldi, kizárólag az Európai Gazdasági Térség (EGT) tagállamaiban történő tartózkodás idejére az ellátás a jogosult kérelmére, az általa megjelölt, valamely tagállamban vezetett fizetési számlára is folyósítható.

Belföldi vagy EU/EGT tagállamban vezetett fizetési számlára kéri a folyósítást?

Belföldi EU/EGT tagállambeli

Pénzforgalmi szolgáltató neve:.....
 Címe: ország irányítószám település
 közterület neve jellege ... szám ... emelet ... ajtó.

Számlaszáma: _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _

Nemzetközi fizetési számla száma (IBAN):

A hitelintézet SWIFT azonosítója/BIC kódja:

A fizetési számla feletti rendelkezési joga önálló? Igen Nem

Ha nem, társtulajdonosként rendelkezik a számla felett ⁸? Igen Nem

9. **A biztosítás megszűnését követően részesül-e táppénzben, baleseti táppénzben, terhességi-
 gyermekágyi segélyben, csecsemőgondozási díjban, örökbefogadói díjban,
 gyermekgondozási díjban, álláskeresési támogatásban, rokkantsági nyugdíjban, baleseti
 rokkantsági nyugdíjban, rehabilitációs járadékban, rendszeres szociális járadékban,
 átmeneti járadékban, bányász dolgozók egészségkárosodási járadékában, a kivételes
 rokkantsági ellátás kivételével a megváltozott munkaképességű személyek ellátásaiban
 (rokkantsági és rehabilitációs ellátásban), gyermekek otthongondozási díjában, ápolási
 díjban?**

⁵ Igen válasz esetén csatolja a gondnok kirendelő gyámhivatali határozatot.

⁶ Csak akkor kell kitölteni, ha a kérelmezőnek van gondnoka. A nem megfelelő szövegrész törlendő.

⁷ Csak akkor kell kitölteni, amennyiben a (bejelentett) lakóhelytől eltér.

⁸ Ha nincs rendelkezési joga a számla fölött, akkor postai úton kerül kézbesítésre az ellátás.

Igen Nem

Ha igen, kérjük, nevezze meg az ellátás típusát, ügyirat számot vagy a folyósítási törzsszámot és a folyósítás időtartamát.

Ellátás típusa:

Ügyiratszám/folyósítási törzsszám:

A folyósítás időtartama: ____ év __ hó __ naptól ____ év __ hó __ napig

Részesült-e 2011. december 31-én rokkantsági nyugdíjban, baleseti rokkantsági nyugdíjban, rehabilitációs járadékban, rendszeres szociális járadékban, átmeneti járadékban, bányász dolgozók egészségkárosodási járadékában, vagy az ellátásra való jogosultságát megállapították, azonban annak folyósítása 2011. december 31-én szünetelt?

Igen Nem

Ha igen, kérjük, nevezze meg az ellátás típusát, ügyirat számot vagy a folyósítási törzsszámot és a folyósítás időtartamát.

Ellátás típusa:

Ügyiratszám/folyósítási törzsszám:

A folyósítás időtartama: ____ év __ hó __ naptól ____ év __ hó __ napig

A folyósítás szünetelt 2011. december 31-én Igen Nem

10. Kötött-e megállapodást nyugellátásra jogosító szolgálati időre és nyugdíjalapot képező jövedelem szerzése céljából 2011. december 31-ig a lakóhelye szerint illetékes nyugdíjbiztosítási igazgatóságánál?

Igen Nem

11. Részesül-e, vagy az elmúlt 7 hónapban részesült-e rendszeres pénzellátásban⁹?

Igen¹⁰ Nem

Ha részesült, nevezze meg a pénzellátást, az időtartamát és a folyósító szervet:

Részesül-e öregségi nyugdíjban? Igen Nem

Öregségi nyugdíj iránti kérelmének elbírálása folyamatban van-e? Igen Nem

Ápol-e egészségi állapotára tekintettel hozzátartozót? Igen Nem

Részesül-e hozzátartozó ápolására tekintettel ápolási díjban? Igen Nem

⁹ **Rendszeres pénzellátás:** a táppénz, a csecsemőgondozási díj, az örökbefogadói díj, a gyermekgondozási díj, az öregségi nyugdíj, a korhatár előtti ellátás, a szolgálati járandóság, a táncművészeti életjáradék, az átmeneti bányászjáradék, a megváltozott munkaképességű személyek ellátásai, az öregségi járadék, a munkaképtelenségi járadék, a növelt összegű öregségi, munkaképtelenségi járadék, a baleseti táppénz, az Ft. alapján folyósított pénzbeli ellátás, a bányászok egészségkárosodási járadéka, a rokkantsági járadék, a gyermekgondozási segély, a gyermeknevelési támogatás, az időskorúak járadéka, a foglalkoztatást helyettesítő támogatás, az egészségkárosodási és gyermekfelügyeleti támogatás, a tartós ápolást végzők időskori támogatása, a közszolgálati járadék, valamint a szociális biztonsági tárgyú nemzetközi egyezmények, továbbá az uniós rendeletek alapján külföldi szerv által folyósított, ezekkel azonos típusú ellátások.

¹⁰ Igen válasz esetén csatolja az erről szóló megállapító, megszüntető határozatot, táppénz folyósításának megszüntetése esetén az erről szóló igazolást, hatósági bizonyítványt.

12. Keresőtevékenységgel járó jogviszonya fennáll-e?¹¹ Igen Nem

Ha nem, a megszűnés időpontja: ____ év __ hó __ nap

Egyéni vállalkozói jogviszonyban áll-e? Igen Nem

Társas vállalkozás¹² tagja-e? Igen Nem

Érvényes őstermelői igazolvánnyal rendelkezik-e? Igen Nem

13. Iskolai tanulmánya megszűnésének időpontja: ____ év __ hó __ nap

14. EU/EGT tagállamban/ Svájcban és/vagy egyezményes országban¹³ **biztosítással járó jogviszonyban áll-e, állt-e?**¹⁴ Igen Nem

15. A megállapítandó ellátásból levonandó tartozása van-e?¹⁵

Igen Nem

16. Üzemi baleset/foglalkozási megbetegedés következménye az egészségkárosodásának kialakulása?¹⁶

Igen Nem

Ha igen, igényét mire alapozza? Üzemi baleset Foglalkozási megbetegedés

Üzemi baleset/foglalkozási megbetegedés elismerése határozattal történt-e? Igen Nem

Ha igen, ki ismerte el a betegség foglalkozási jellegét, baleset üzemi jellegét?

foglalkoztató egészségbiztosítási feladatkörében eljáró kormányhivatal

A balesetkori foglalkoztató neve, címe:

¹¹ Igen válasz esetén csatolja az erről szóló munkáltatói igazolást.

¹² **Társas vállalkozás:** a közkereseti társaság, a betéti társaság, a korlátolt felelősségű társaság, a közös vállalat, az egyesülés, ideértve az európai gazdasági egyesülést is, az előzőek előtársasága, a szabadalmi ügyvivői társaság és a szabadalmi ügyvivői iroda, a gépjárművezető-képző munkaközösség, az oktatói munkaközösség, az ügyvédi iroda, a közjegyzői iroda, a végrehajtói iroda, az egyéni cég.

¹³ Egyezményes ország: Magyarországgal szociálpolitikai/szociális biztonsági egyezményt kötött ország.

¹⁴ Amennyiben EU/EGT tagállamban, illetve Svájcban és/vagy egyezményes országban állt biztosítási jogviszonyban, a 2. számú Pótlapot szíveskedjen kitölteni.

¹⁵ Igen válasz esetén csatolja az erről szóló a levonandó, végrehajtandó tartozást előíró vagy azt tartalmazó iratot.

¹⁶ Igen válasz esetén, kérjük, **az üzemi balesetet vagy foglalkozási megbetegedést elismerő határozatot** csatolni.

Balesetével, foglalkozási megbetegedésével kapcsolatban folyamatban van/volt-e rendőrségi, ügyészségi, bírósági eljárás?¹⁷ Igen Nem

Ha igen, mely szerv indította az eljárást és milyen ügyszámon?

17. Okolható-e valaki az egészségkárosodása kialakulásáért? Igen Nem

Ha igen a baleset okozójának neve és címe:

Volt-e, van-e rendőrségi, ügyészségi, bírósági eljárás folyamatban a megnevezett személlyel szemben?

Igen Nem

Ha igen mely szerv és milyen ügyszámon indított eljárást?

18. Közúti baleset következménye az egészségkárosodás kialakulása? Igen Nem

Ha igen a baleset okozójának neve, címe:

Volt-e, van-e rendőrségi, ügyészségi, bírósági eljárás folyamatban a megnevezett személlyel szemben?

Igen Nem

Ha igen mely szerv és milyen ügyszámon indított eljárást?

19. Rendelkezik-e érvényes (hatályos) komplex minősítésről szóló bizottsági véleménnyel?

Igen Nem

Amennyiben igen, kérelmét újabb komplex minősítés mellőzésével - lehetőség szerint - a fenti szakvélemény figyelembevételével kéri-e elbírálni?

Igen Nem

Orvosi vizsgálaton meg tud-e jelenni?¹⁸

(Amennyiben nem rendelkezik érvényes (hatályos) komplex minősítésről szóló bizottsági véleménnyel vagy annak figyelembe vétele helyett újabb komplex minősítését kéri)

Igen Nem

¹⁷ Ha a rendőrségi/ügyészségi/bírósági eljárás már határozattal lezárult, a hatóság döntését is szíveskedjen csatolni.

¹⁸ Amennyiben nem tud megjelenni az orvosi vizsgálaton, kérjük csatolja az adatlaphoz a háziorvosától beszerezhető járóképtelenségi igazolást.

20. Közlekedőképesség minősítését igényli-e?¹⁹ Igen Nem

(A minősítés a mozgásában korlátozott személy parkolási igazolványa, a gépjárműszerzési-, illetve átalakítási támogatás, a mozgáskorlátozottakat megillető gépjárműadó mentesség, valamint a lakás akadálymentesítési támogatásának igénylése során használható fel.)

21. A kérelem benyújtását megelőző 15 éven belül rendelkezett-e biztosítási jogviszonnal?

21.1.Foglalkoztató megnevezése:.....

Foglalkoztató címe: irányítószám település
..... közterület neve jellege ... szám ... emelet ... ajtó.

Tevékenység időtartama: ___ év ___ hó ___ naptól - ___ év ___ hó ___ napig

Munkakörök:.....

Igazolás módja:.....

21.2.Foglalkoztató megnevezése:.....

Foglalkoztató címe: irányítószám település
..... közterület neve jellege ... szám ... emelet ... ajtó.

Tevékenység időtartama: ___ év ___ hó ___ naptól - ___ év ___ hó ___ napig

Munkakörök:.....

Igazolás módja:.....

21.3.Foglalkoztató megnevezése:.....

Foglalkoztató címe: irányítószám település
..... közterület neve jellege ... szám ... emelet ... ajtó.

Tevékenység időtartama: ___ év ___ hó ___ naptól - ___ év ___ hó ___ napig

Munkakörök:.....

Igazolás módja:.....

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 tény, adatot, körülményt, amely az ellátásra való jogosultságomat érinti.

Az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény, az általános közgazgatási 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.

¹⁹ Válaszadása előtt kérjük, figyelmesen olvassa el a mellékelt tájékoztatót, melyen további információkat talál, továbbá kérjük töltse ki a „Kérelem a közlekedőképesség minősítésének elvégzésére” című nyomtatványt.

Kelt:, 20 __ év _____ hó _____ nap

kérelmező/meghatalmazott/gondnok aláírása

Személyesen átvéve:, 20 __ év _____ hó _____ nap

igényfelvevő aláírása

Záradékok:

Alulírott igényfelvevő a személyes átvétel során jelen Adatlapot, az Adatlap 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 Adatlap 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