

A D A T L A P

a megváltozott munkaképességű személyek ellátása iránti kérelem elbírálásához¹

Ügyszám: Iktatószám:	A személyi adatok hitelesítésére jogosult szerv/személy tölti ki! A személyi adatok hitelességét a számú alján igazolom. alírás(ok)
---------------------------------------	---

I. A kérelmező természetes személyazonosító adatai

Családi és utóneve:
Születési családi és utóneve:
Születési helye:
Születési ideje:
Anyja születési családi és utóneve:
Társadalombiztosítási azonosító jele: □□□□□□□□

II. Az igény elbírálásához szükséges adatok

1. A kérelmező lakcíme:.....irányítószám.....település.....közterület neve jellege.....számemelet.....ajtó.
2. Elérhetőségei: telefonszám:
fax szám:
e-mail cím:
3. Folyósítási címe:.....irányítószám.....település.....közterület neve jellege.....számemelet.....ajtó.
4. Gondnoka van-e²? Igen Nem
Gondnok adatai³
 - Családi és utóneve:
 - Lakcíme:irányítószám.....település.....közterület neve jellege.....számemelet.....ajtó.
 - Elérhetőségei: telefonszám:
fax szám:
e-mail cím:
5. 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) tagállamban történő tartózkodás idejére az ellátás a jogosult kérelmére, az általa megjelölt, valamely tagállamban vezetett fizetési számlára is folyósítható.
Belföldi vagy EGT tagállamban vezetett fizetési számlára kéri a folyósítást?

Belföldi EGT tagállambeli

¹ A kérelmet az igénylő lakóhelye szerinti megyei, fővárosi kormányhivatal rehabilitációs szakigazgatási szervéhez kell benyújtani, illetve megküldeni.

² Igen válasz esetén csatolja a gondnok kirendelő gyámhivatali határozatot.

³ Csak akkor kell kitölteni, ha a kérelmezőnek van. A nem megfelelő szövegrész törölnendő.

Pénzforgalmi szolgáltató neve:.....
Címe:.....irányítószám:.....ország.....település.....
.....közterület neve jellege.....számemelet.....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 ⁴? Igen Nem

6. Milyen időponttól kéri az ellátás megállapítását? □□□□év □□hó □□nap

7. Megszűnt-e a keresőtevékenységgel járó jogviszonya⁵? Igen Nem

Ha igen, a megszűnés időpontja: □□□□év □□hó □□nap

8. Részesült, részesül-e rendszeres pénzellátásban⁶?

Igen⁷ Nem

9. A biztosítás megszűnését követően táppénzben, baleseti táppénzben, terhességi-gyermekágyi segélyben, rehabilitációs járadékban, egészségkárosodott személyek szociális járadékában, megváltozott munkaképességű személyek rehabilitációs járadékában részesült-e?

Igen Nem

Ha igen mettől-meddig?

□□□□év □□hó □□naptól-□□□□év □□hó □□napig

10. Egészségkárosodása üzemi baleset (foglalkozási megbetegedés) következménye-?

Igen Nem

11. Rendelkezik-e érvényes szakhatósági állásfoglalással?

Igen Nem

12. Mozgásában (járásában) korlátozott-e⁸?

Igen Nem

13. Közlekedőképesség vizsgálatot igényel-e⁹? Igen Nem

III. Biztosítási időre vonatkozó adatok

További adatok megadásához töltse ki az 1. számú pótlapot.

14. A kérelem benyújtását megelőző 5 éven belül rendelkezett-e biztosítással járó jogviszonnyal¹⁰?

Igen Nem

Foglalkoztató megnevezése:

⁴ Ha nincs rendelkezési joga a számla fölött, akkor postai úton kerül kézbesítésre az ellátás.

⁵ Igen válasz esetén csatolja az erről szóló munkáltatói igazolást.

⁶ Rendszeres pénzellátás: a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény által rendszeres pénzellátásként felsorolt ellátások, ide nem értve a hadigondozottak és nemzeti gondozottak ellátásait, a nemzeti helytállásért elnevezésű pótlékot, az ápolási díjat, a társadalombiztosítási nyugellátásról szóló 1997. évi LXXXI. törvény (Tny.) szerinti hozzátartozói nyugellátásokat, valamint a szociális biztonsági tárgyú nemzetközi egyezmények, továbbá az uniós rendeletek alapján külföldi szerv által folyósított, ezekkel azonos típusú ellátásokat.

⁷ Igen válasz esetén csatolja az erről szóló megállapító, megszüntető határozatot.

⁸ Igen válasz esetén csatolja az erről szóló orvosi igazolást (járóképtelenségi igazolás).

⁹ Válasz előtt a mellékelt tájékoztatót figyelmesen olvassa el.

¹⁰ A rendelkezésére álló munkáltatói igazolásokat csatolni kell, ld. a mellékelt Tájékoztató 4. pont.

Foglalkoztató címe:irányítószám:.....település.....közterület
neve jellege.....számemelet.....ajtó.
Tevékenység időtartama: □□□□év □□hó □□naptól-□□□□év □□hó □□napig
Munkakörök:.....
Igazolás módja:.....

15. 2011. december 31-én rokkantsági nyugdíjban, baleseti rokkantsági nyugdíjban, rehabilitációs járadékban részesült-e?

Igen Nem

16. Igen válasz esetén adja meg az ügyirat számot, vagy a folyósítási törzsszámot. Amennyiben az ellátása megszűnt közölje az ellátása megszűnésének időpontját.

Ügyiratszám/folyósítási törzsszám.....

A megszűnés időpontja: □□□□év □□hó □□nap

17. Nappali tagozatos iskolai tanulmánya megszűnésének időpontja¹¹:

□□□□év □□hó □□nap

18. EGT tagállamban biztosítással járó jogviszonyban áll-e, állt-e?

Igen Nem

Ha igen, akkor töltsse ki a 2. számú pótlapot.

19. Rehabilitációs kártyát igényel-e? Igen Nem

Ha igen, közölje adóazonosító jelét: □□□□□□□□□□

Kijelentem, hogy a kérdésekre adott válaszok a valóságnak megfelelnek.

Tudomásul veszem, hogy a valótlan adatszolgáltatásból eredő kárért felelősséggel tartozom, valamint köteles vagyok 15 napon belül bejelenteni az igényt elbíráló szervnek minden olyan tényt, adatot, körülményt, amely az ellátásra való jogosultságot érinti.

Kelt:, 20 __ év _____ hó _____ nap

kérelmező/meghatalmazott/gondnok aláírása

¹¹ Kérjük, csatolja az erről szóló dokumentumok **másolatát**, bizonyítvány, szakmunkás-bizonyítvány, oklevél, leckekönyv stb.