

## Árvaellátás iránti igény, ha az elhunyt nyugdíjban, korhatár előtti ellátásban részesült

### A kérelmező azonosító adatai:

TAJ száma:\*  -  -

Titulus  Családi név:\*  Utónév:\*  Utónév(2):

Születési név:\*  Utónév:\*  Utónév(2):

Anyja születési családi neve:\*  Utónév:\*  Utónév(2):

Születési helye:\*  Születési ideje:\*

Lakóhelye:\*  
Irányítószám:\*  Település:\*

Közterület neve:\*  Jellege:\*  Házsám:\*  Épület:  Lépcsőház:  Emelet:  Ajtó:

Tartózkodási helye:  
Irányítószám:\*  Település:\*

Közterület neve:\*  Jellege:\*  Házsám:\*  Épület:  Lépcsőház:  Emelet:  Ajtó:

Telefonszáma és/ vagy e-mail címe:

### Képviselőre vonatkozó adatok:

Ha a kérelmet törvényes képviselőként vagy meghatalmazottként nyújtja be, válasszon az alábbi lehetőségek közül:\*

szülő  gyám  gondnok  meghatalmazott

Gyám, illetve gondnok által előterjesztett kérelem esetén a képviseletre jogosultságot igazoló okiratot csatolni kell.

Meghatalmazott esetén a szabályszerű meghatalmazást csatolni kell.  
Amennyiben a meghatalmazás a Rendelkezési Nyilvántartásban szerepel, közölni kell a rendelkezés azonosítót:

A közölt adatokat a nyugdíjbiztosítási szerv közfeladata ellátása, jogszabályi kötelezettségei teljesítése céljából, a jogszabályokban előírtaknak megfelelően kezeli, az erről szóló tájékoztató a Magyar Államkincstár honlapján megtalálható.

TAJ száma:\*  -  -  Aláírás:\*

## I. Az elhunyt személy adatai:

TAJ száma:\*  -  -

Titulus  Családi név:\*  Utónév:\*  Utónév(2):

Születési név:\*  Utónév:\*  Utónév(2):

Anyja születési családi neve:\*  Utónév:\*  Utónév(2):

Születési helye:\*  Születési ideje:\*

Utolsó lakóhelye:\*

Irányítószám:\*  Település:\*

Közterület neve:\*  Jellege:\*  Házszám:\*  Épület:  Lépcsőház:  Emelet:  Ajtó:

## II. Az elhunyt személyre vonatkozó, az igény elbíráláshoz szükséges adatok:

Az elhalálozás időpontja: \*

Kérjük, jelölje meg, hogy az elhunyt személy milyen típusú ellátásban részesült!\*

- öregségi nyugdíj
- korhatár előtti ellátás
- szolgálati járandóság
- átmeneti bányászjáradék
- táncművészeti életjáradék

Az elhunyt személy folyósítási törzsszáma: \*

Az elhunyt személy a fent megjelölt ellátás megállapítását követően folytatott-e keresőtevékenységet?\*

Igen  Nem

Foglalkoztató megnevezése: \*

Foglalkoztató címe: \*

Irányítószám:\*  Település:\*

Közterület neve:\*  Jellege:\*  Házszám:\*  Épület:  Lépcsőház:  Emelet:  Ajtó:

Tevékenység időtartama: \*  -

*Amennyiben több foglalkoztatót kíván megadni, kérjük, töltsse ki a P01 pótlapot!*

---

TAJ száma:\*  -  -  Aláírás:\*

Az elhunyt személy folytatott-e önálló tevékenységet? (kisiparos, magánkereskedő, egyéni vállalkozó, társas vállalkozás tagja, ezek segítő családtagja, vállalkozás jellegű jogviszony, egyéni gazdálkodó, szellemi szabadfoglalkozású stb.) \*

Igen  Nem

Vállalkozó neve, társas vállalkozás megnevezése: \*

Vállalkozó, társas vállalkozás címe: \*

Irányítószám:\*

Település:\*

Közterület neve:\*

Jellege:\*

Házzám:\*

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

Vállalkozó, társas vállalkozás törzsszáma:

Vállalkozó, társas vállalkozás adószáma:

Tevékenység időtartama: \*

*Amennyiben több önálló tevékenységet kíván megadni, kérjük, töltsse ki a P02 pótlapot!*

Az elhalálozás üzemi baleset vagy foglalkozási megbetegedés következménye? \*

Igen  Nem

A baleset üzemisége vagy a foglalkozási megbetegedés jellege határozattal elismerésre került-e? \*

Igen  Nem

A baleset üzemiségét, vagy a foglalkozási megbetegedés jellegét elismerő szerv vagy szervezet neve:

Címe:

Az elhalálozást harmadik fél okozta? \*

Igen  Nem

Az elhalálozásért felelős neve:

Az elhalálozásért felelős címe:

Irányítószám:\*

Település:\*

Közterület neve:\*

Jellege:\*

Házzám:\*

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

TAJ száma:\*

-

-

Aláírás:\*

A halálesettel kapcsolatban indult-e rendőrségi, bírósági, ügyészségi eljárás? \*

Igen  Nem

Az eljáró szerv neve: \*

Az eljáró szerv címe: \*

Irányítószám:\*

Település:\*

Közterület neve:\*

Jellege:\*

Hászám:\*

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

Ügyszám: \*

### III. Az igénylőre vonatkozó, az igény elbírálásához szükséges adatok:

Az elhunyt személyhez fűződő családi kapcsolata: \*

- gyermeke  saját  örökbefogadott  nevelt  
 testvére  
 unokája  
 dédunokája  
 ükunokája

Az elhunyt személy a kérelmezőt a saját háztartásában eltartotta? \*

Igen  Nem

A kérelmezőnek van-e más tartásra köteles és képes hozzátartozója? \*

Igen  Nem

Tartásra köteles és képes személyre vonatkozó adatok:

Titulus Családi név:\*

Utónév:\*

Utónév(2):

Születési név:\*

Utónév:\*

Utónév(2):

Anyja születési családi neve:\*

Utónév:\*

Utónév(2):

Születési helye:\*

Születési ideje:\*

A tartásra köteles és képes személy lakóhelye: \*

Irányítószám:\*

Település:\*

Közterület neve:\*

Jellege:\*

Hászám:\*

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

TAJ száma:\*

Aláírás:\*

A kérelmező folytat-e nappali képzésben tanulmányokat? \*

Igen  Nem

*Kérjük, mellékelje az oktatási intézmény által kiállított igazolást a tanulmányok folytatásáról!*

Tanulmányait magántanulóként folytatja? \*

Igen  Nem

*Kérjük, mellékelje a magántanulói jogviszony indokát tartalmazó orvosi, vagy oktatási intézmény által kiállított igazolást!*

Tanulói, hallgatói jogviszonya szünetel? \*

Igen  Nem

*Kérjük, mellékelje a szünetelés indokát tartalmazó orvosi, vagy oktatási intézmény által kiállított igazolást!*

A tanulói/hallgatói jogviszony befejezésének várható időpontja:\*

A kérelmező tartósan beteg, súlyosan fogyatékos, vagy megváltozott munkaképességű? \*

Igen  Nem

Rendelkezik az egészségi állapotát minősítő, rehabilitációs szakértői szerv által kiadott szakvéleménnyel vagy szakhatósági állásfoglalással? \*

Igen  Nem

*Ha tartós betegségét, fogyatékoságát, megváltozott munkaképességét szakvéleménnyel, szakhatósági állásfoglalással, vagy orvosi igazolással kívánja bizonyítani, kérjük, mellékelje!*

A kérelmező életben lévő szülője megváltozott munkaképességű? \*

Igen  Nem

A szülő rendelkezik az egészségi állapotát minősítő, rehabilitációs szakértői szerv által kiadott szakvéleménnyel vagy szakhatósági állásfoglalással? \*

Igen  Nem

*Ha a megváltozott munkaképességét szakvéleménnyel vagy szakhatósági állásfoglalással kívánja igazolni, kérjük, mellékelje!*

**A megváltozott munkaképességű szülőre vonatkozó adatok:**

TAJ száma: \*  -  -

Titulus  Családi név: \*  Utónév: \*  Utónév(2):

Születési név: \*  Utónév: \*  Utónév(2):

Anyja születési családi neve: \*  Utónév: \*  Utónév(2):

Születési helye: \*  Születési ideje: \*

A megváltozott munkaképességű szülő lakóhelye: \*

Irányítószám: \*  Település: \*

Közterület neve: \*  Jellege: \*  Házsám: \*  Épület:  Lépcsőház:  Emelet:  Ajtó:

TAJ száma: \*  -  -  Aláírás: \*

#### IV. Az ellátás folyósításához szükséges adatok:

Az ellátást \*

- postai címre kérem folyósítani.  
 belföldi pénzforgalmi szolgáltatónál vezetett  
fizetési számlára kérem folyósítani.

A folyósítást melyik címre kéri: \*

- lakóhely szerint  
 tartózkodási hely szerint  
 egyéb címre

Egyéb folyósítási cím:\*

Irányítószám:\*

Település:\*

Közterület neve:\*

Jellege:\*

Házzám:\*

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

A kérelmező a fizetési számla tulajdonosa? \*

Igen

Nem

A kérelmezőnek a számla felett van-e rendelkezési joga? \*

Van

Nincs

***Ha a megjelölt számla felett nincs rendelkezési joga, az ellátást postai úton kell folyósítani.***

A törvényes képviselő a számla tulajdonosa? \*

Igen

Nem

A törvényes képviselőnek a fizetési számla felett van-e rendelkezési joga? \*

Van

Nincs

***Ha a megjelölt számla felett nincs rendelkezési joga, az ellátást postai úton kell folyósítani.***

Belföldi pénzforgalmi szolgáltató neve: \*

Belföldi pénzforgalmi szolgáltatónál vezetett fizetési számla száma: \*

 -  - 

TAJ száma:\*

Aláírás:\*

**Egyéb megjegyzés:**

Mellékelt iratok darabszáma:

Kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (év) \_\_\_\_\_ (hó) \_\_\_\_\_ (nap)

**Igénylő sajátkezű aláírása**

Igényfelvevő neve, aláírása:

A nyomtatványt olvashatóan, nyomtatott nagybetűvel és arab számokkal kell kitölteni. A választ a megfelelő kockába írt X-szel kell megadni.

Az igénylő TAJ számának és aláírásának - az erre szolgáló rovatban - a nyomtatvány valamennyi oldalán szerepelnie kell.

---

TAJ száma:\*  -  -  Aláírás:\*