

# K É R E L E M – A D A T L A P

## a megváltozott munkaképességű személyek ellátása iránt<sup>1</sup>

Ügyszám:  
Iktatószám:

A személyi adatok hitelességét a ..... számú .....  
..... (dokumentum típusa) alapján igazolom.

.....  
aláírás(ok)

A személyi adatok hitelesítésére jogosult szerv/személy tölti ki!

### I. A kérelmező természetes személyazonosító adatai

Családi és utóneve: .....  
Születési családi és utóneve: .....  
Születési helye (ország, megye, tartomány, város)<sup>2</sup>: .....  
Születési ideje: .....  
Anyja születési családi és utóneve: .....  
Állampolgársága: .....

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

### II. Az igény elbírálásához szükséges adatok

- 1. A kérelmező lakóhelye (bejelentett)<sup>3</sup>:** ..... irányítószám  
..... település ..... közterület  
neve ..... jellege ... szám ... emelet ... ajtó.
- 2. Elérhetőségei:** telefonszám: .....  
fax szám: .....  
e-mail cím: .....
- 3. Tartózkodási helye (bejelentett)<sup>4</sup>:** ..... 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

<sup>1</sup> Az adatlapot a lakcíme (bejelentett lakóhelye vagy bejelentett tartózkodási helye) szerint illetékes, rehabilitációs hatóságként eljáró megyei kormányhivatal megyeszékhely szerinti járási hivatalához, a fővárosban Budapest Főváros Kormányhivatala III. Kerületi Hivatalához kell benyújtani, illetve megküldeni.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> A lakcímet igazoló hatósági bizonyítványban (lakcímkártyán) szereplő cím

<sup>4</sup> 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 a 1. vagy 3. pontban megjelölt címtől!)  
..... irányítószám ..... település  
..... közterület neve ..... jellege ... szám ... emelet ... ajtó.

7. Gondnoka van-e<sup>5</sup>?  Igen  Nem

Gondnok adatai:<sup>6</sup>

- Családi és utóneve:.....
- Lakóhelye: ..... irányítószám ..... település  
..... közterület neve ..... jellege ... szám ... emelet ... ajtó.
- Tartózkodási helye<sup>7</sup>: ..... irányítószám ..... település  
..... közterület neve ..... jellege ..... szám ..... emelet .....ajtó
- 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 <sup>8</sup>?  Igen  Nem

9. Milyen időponttól kéri az ellátás megállapítását? \_ \_ \_ \_ év \_ \_ hó \_ \_ nap

10. Részesült-e a biztosítás megszűnését követően táppénzben, baleseti táppénzben, terhességi-gyermekágyi segélyben, csecsemőgondozási díjban, gyermekgondozási díjban, álláskeresési támogatásban, rokkantsági nyugdíjban, baleseti rokkantsági nyugdíjban, rehabilitációs járadékban, rendszeres szociális járadékban, átmeneti járadékban, megváltozott munkaképességűek ellátásaiban (rokkantsági és rehabilitációs ellátásban)?

Igen  Nem

<sup>5</sup> Igen válasz esetén csatolja a gondnok kirendelő gyámhivatali határozatot.

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

<sup>7</sup> Csak akkor kell kitölteni, amennyiben a (bejelentett) lakóhelytől eltér.

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

**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 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

**11. 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

**12. Részesül-e rendszeres pénzellátásban<sup>9</sup>?**  Igen<sup>10</sup>  Nem

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

**13. Keresőtevékenységgel járó jogviszonya fennáll-e?<sup>11</sup>**  Igen  Nem

Ha nem, a megszűnés időpontja: \_\_\_\_ év \_\_ hó \_\_ nap

Egyéni vállalkozói jogviszonyban áll-e?  Igen  Nem

Társas vállalkozás<sup>12</sup> tagja-e?  Igen  Nem

<sup>9</sup>**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, az özvegyi járadék, a növelt összegű öregségi, munkaképtelenségi és özvegyi járadék, az özvegyi nyugdíj - kivéve az ideiglenes özvegyi nyugdíjat, továbbá a házastársa jogán árvaellátásra jogosult fogyatékkal élő, illetve tartósan beteg vagy legalább két árvaellátásra jogosult gyermek eltartásáról gondoskodó személy özvegyi nyugdíját -, a baleseti táppénz, a hozzátartozói baleseti nyugellátás, az Ft. alapján folyósított pénzbeli ellátás, a bányászok egészségkárosodási járadéka, a rokkantsági járadék, a hadigondozottak és nemzeti gondozottak pénzbeli ellátásai, a gyermekgondozást segítő ellátás, a gyermekgondozási segély, a gyermeknevelési támogatás, az időskorúak járadéka, a foglalkoztatást helyettesítő támogatás, az egészségkárosodási és gyermekfelügyeleti támogatás, a gyermekek otthongondozási díja, az ápolási díj, a tartós ápolást végzők időskori támogatása, a nemzeti helytállásért elnevezésű pótlék, a közszolgálati járadék, valamint az uniós rendeletek alapján külföldi szerv által folyósított egyéb azonos típusú ellátás;

<sup>10</sup> Igen válasz esetén csatolja az erről szóló megállapító, megszüntető határozatot.

<sup>11</sup> Igen válasz esetén csatolja az erről szóló munkáltatói igazolást.

<sup>12</sup>**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

Érvényes őstermelői igazolvánnyal rendelkezik-e?  Igen  Nem

14. Iskolai tanulmánya megszűnésének időpontja: \_\_\_\_ év \_\_ hó \_\_ nap

15. EU/EGT tagállamban/ Svájcban és/vagy egyezményes országban biztosítással járó jogviszonyban áll-e, állt-e?<sup>13</sup>  Igen  Nem

16. Üzemi baleset/foglalkozási megbetegedés következménye az egészségkárosodásának kialakulása?<sup>14</sup>

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: .....

Balesetével, foglalkozási megbetegedésével kapcsolatban folyamatban van/volt-e rendőrségi, ügyészségi, bírósági eljárás?<sup>15</sup>  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? .....

---

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. (Tbj. 4.§ c) pont)

<sup>13</sup> Amennyiben EU/EGT tagállamban, illetve Svájcban és/vagy egyezményes országban állt biztosítási jogviszonyban, a 2. számú Pótlapot szíveskedjen kitölteni.

<sup>14</sup> Igen válasz esetén, kérjük, az üzemi balesetet vagy foglalkozási megbetegedést elismerő határozatot csatolni.

<sup>15</sup> Ha a rendőrségi/ügyészségi/bírósági eljárás már határozattal lezárult, a hatóság döntését is szíveskedjen csatolni.

**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?**<sup>16</sup>

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

Igen  Nem

**19. Közlekedőképesség minősítését igényli-e?**<sup>17</sup>  Igen  Nem

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

20.1. Foglalkoztató megnevezése:

Foglalkoztató címe: ..... irányítószám ..... település  
..... közterület neve ..... jellege ... szám ... emelet ... ajtó.  
Tevékenység időtartama: \_\_\_ év \_\_\_ hó \_\_\_ naptól-\_\_\_ év \_\_\_ hó \_\_\_ napig  
Munkakörök:.....  
Igazolás módja:.....

20.2. Foglalkoztató megnevezése:

Foglalkoztató címe: ..... irányítószám ..... település  
..... közterület neve ..... jellege ... szám ... emelet ... ajtó.  
Tevékenység időtartama: \_\_\_ év \_\_\_ hó \_\_\_ naptól-\_\_\_ év \_\_\_ hó \_\_\_ napig  
Munkakörök:.....  
Igazolás módja:.....

20.3. 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.

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

Kelt: ....., 20 \_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
kérelmező/meghatalmazott/gondnok aláírása

Személyesen átvéve: ....., 20 \_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
igényfelvevő aláírása

<sup>16</sup> Amennyiben nem tud megjelenni az orvosi vizsgálaton, kérjük csatolja az adatlaphoz a háziorvosától beszerezhető járóképtelenségi igazolást.

<sup>17</sup> Válaszadása előtt kérjük, figyelmesen olvassa el a mellékelt tájékoztatót, melyen további információkat talál.

**Záradékok:**

Alulírott igényfeltevő a személyes átvétel során jelen Kérelem-adatlapot, a Kérelem-adatlap ..... pontjait a kérelmező/meghatalmazott/gondnok helyett, kérésére és beleegyezésével, akaratának és nyilatkozatának megfelelő tartalommal töltöttem ki.

Kelt: ....., 20 \_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
igényfeltevő aláírása

\_\_\_\_\_  
kérelmező/meghatalmazott/gondnok aláírása

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

Kelt: ....., 20 \_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
igényfeltevő aláírása

\_\_\_\_\_  
kérelmező/meghatalmazott/gondnok aláírása