

# NYILATKOZAT

a szakértői minősítéshez

## Figyelemfelhívás!

A Nyilatkozatban szereplő személyes adatok kezelését törvény rendeli el, így az adatkezelés kötelező. Az adatkezelésre vonatkozó rendelkezéseket az általános közigazgatási rendtartásról szóló 2016. évi CL. törvény 27. § (1) bekezdése, továbbá a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól és egyes törvények módosításáról szóló 2011. évi CXCI. törvény 21. § és 21/B. §-ai tartalmazzák.

A Nyilatkozat a személyes vagy az irat alapján történő komplex szakértői minősítés kötelező dokumentuma.

### **Kérjük, hogy a Nyilatkozatot minél pontosabban töltsse ki!**

Továbbá kérjük, hogy az olvasható, lehetőleg nyomtatott betűvel történő kitöltés után írja alá, és a **kért határidőre** a további szükséges dokumentumokkal (a háziorvos által kiállított „Orvosi beutaló az orvosszakértői szervhez, illetve a FOB-hoz a munkaképesség-változás vagy a keresőképesség felülvéleményezése céljából ” illetve az aktuális egészségi állapotát igazoló szakorvosi leletekkel) együtt **küldje vissza a Rehabilitációs Hatósághoz!**

## I. Személyes adatok

1. Név: .....  
Születési név: .....  
Születési helye és ideje: .....  
Anyja neve: .....  
  
Társadalombiztosítási azonosító jele (TAJ szám): □□□-□□□□-□□□□
2. Lakóhelye:.....irányítószám..... település  
..... közterület neve ..... jellege.....szám .....emelet.....ajtó.
3. Tartózkodási helye\*: ..... irányítószám ..... település  
..... közterület neve ..... jellege ..... szám ..... emelet ..... ajtó.
4. Elérhetőségei:  
telefonszám: .....  
e-mail cím: .....
5. Családi állapota:  
házas  
hajadon/nőtlen  
elvált  
özvegy  
élettársi kapcsolat
6. Van-e Önnek bíróság által kijelölt gondnoka? (A megfelelő választ kérjük aláhúzni?) **Igen** **Nem**  
Gondnok neve, elérhetősége: .....  
.....  
Gondnokság jellege: .....

### \* Kitölteni akkor kell, ha Ön tartósan nem a lakcímén él!

Ide kell beírni tartós elhelyezést biztosító intézmények nevét, címét is, ha Ön ott él (pl. lakóotthon, rehabilitációs otthon, ápoló-gondozó otthon stb.)!

## II. Ellátásokkal, jövedelemmel kapcsolatos kérdések

1. Rendelkezik-e rendszeres jövedelemmel? **(A megfelelő választ kérjük aláhúzni!)** **Igen** **Nem**  
Húzza alá, hogy milyen rendszeres jövedelemmel/jövedelmekkel rendelkezik:  
rehabilitációs ellátás, rokkantsági ellátás, munkabér, közfoglalkoztatási bér, GYES, GYED, családi pótlék, aktív korúak ellátása, ápolási díj, fogyatékosági támogatás, emelt összegű családi pótlék, rokkantsági járadék, egyéb:.....
2. Jelenleg részesül-e táppénzes ellátásban? **(A megfelelő választ kérjük aláhúzni!)** **Igen** **Nem**  
**Ha igen** mióta, és várhatóan meddig tart? .....
3. Részesül-e jelenleg is szociális ellátásban, szociális szolgáltatásban; pénzbeli, természetbeni támogatásban? **(A megfelelő választ kérjük aláhúzni!)** **Igen** **Nem**  
Húzza alá, hogy milyen ellátásban, támogatásban részesül:  
közgyógyellátás, települési támogatás, étkeztetés, házi segítségnyújtás, rendszeres gyermekvédelmi kedvezmény, egyéb.....
4. Van-e kapcsolata a helyi szociális intézményekkel, szolgáltatókkal? (Családsegítő Szolgálat, Gyermekjóléti Szolgálat, Humán Szolgáltató Központ, Gondozási Központ, egyéb) **(A megfelelő választ kérjük aláhúzni!)** **Van** **Nincs**  
**Ha van**, melyek ezek, és milyen szolgáltatást vett/vesz igénybe?  
.....  
.....

## III. Egészségi állapottal kapcsolatos adatok

1. Jelenleg áll-e valamilyen kezelés alatt? **(A megfelelő választ kérjük aláhúzni!)** **Igen** **Nem**  
**Ha igen**,kérjük, nevezze meg! : .....  
Milyen gyakorisággal? .....
2. Rendelkezik-e előjegyzéssel kórházi kezelésre, illetve szerepel-e várólistán műtéti beavatkozás elvégzéséhez? **(A megfelelő választ kérjük aláhúzni!)** **Igen** **Nem**  
**Ha igen**,kérjük, nevezze azt meg: .....
- Mikorra tervezett** a beavatkozás és milyen időtartamú kórházi tartózkodás és otthoni lábadozás várható?  
.....

## IV. A mindennapi életvitellel kapcsolatos kérdések

1. Képes-e önállóan ellátni magát? **(A megfelelő választ kérjük aláhúzni!)** **Igen** **Nem**  
**Amennyiben nem**, úgy jelölje azokat a tevékenységeket, amelyeket nem képes önállóan ellátni **(Több választ is megjelölhet!)**:öltözködés, tisztálkodás, étkezés, háztartási munka, bevásárlás
2. Látásában, hallásában, tájékozódásban, beszédében akadályozott-e? **(A megfelelő választ kérjük aláhúzni!)** **Igen** **Nem**



## V. Munkavégzéssel kapcsolatos adatok

### Képesítések és munkatapasztalat

1. Legmagasabb iskolai végzettsége (A megfelelő választ kérjük aláhúzni!)

- kevesebb, mint 8 osztály, az elvégzett osztály száma:.....
  - 8 osztály (elvégezte a 8 általános iskolát)
  - kiegészítő iskola vagy speciális szakiskola
  - befejezett középfokú végzettség (gimnázium, szakközépiskola, szakmunkásképző, szakiskola, stb.):  
.....
  - felsőfokú végzettség (egyetem, főiskola), szak megnevezése:  
.....
- Megszerzés éve: .....

2. Szakképesítése, tanfolyami végzettsége:

Megnevezése: .....  
Megszerzés éve: ..... Hány évet dolgozott ebben a szakmában: .....

Megnevezése: .....  
Megszerzés éve: ..... Hány évet dolgozott ebben a szakmában: .....

Megnevezése: .....  
Megszerzés éve: ..... Hány évet dolgozott ebben a szakmában: .....

3. Sorolja fel milyen idegen nyelven beszél és milyen szinten:

.....

4. Van-e számítógépes ismerete (felhasználói)? (A megfelelő választ kérjük aláhúzni!): **Van Nincs**

Milyen szintű a számítógépes ismerete (Kérjük húzza alá!)

alap (pl. Internet használat) felhasználói professzionális

### Munkavállalással kapcsolatos kérdések

5. **Az alábbi kérdésekre akkor kell válaszolnia, ha jelenleg dolgozik!**

**Jelenlegi munkahelyének neve:** .....

Címe: ..... irányítószám ..... település ..... közterület neve  
..... jellege ..... szám ..... emelet ..... ajtó.

**Munkakörének megnevezése:** .....

**Munkaideje:** .....

**Kereső tevékenységének kezdő időpontja:** ..... év ..... hó ..... nap

**Munkaszerződés jellege:** (A megfelelő választ kérjük aláhúzni! határozatlan idejű határozott idejű

**Meddig szól a szerződése?** ..... év ..... hónap ..... nap

Jelenlegi **kereső tevékenységének jellege** (A megfelelő választ kérjük aláhúzni!):

- egyéni vállalkozó
- társas vállalkozó
- munkavállaló (munkaviszony, köztisztviselői, közalkalmazotti, egyéb jogviszony)
- egyszerűsített foglalkoztatás keretében (alkalmi munka, mezőgazdasági vagy turisztikai idénymunka)
- közfoglalkoztatott
- távmunka
- őstermelő
- egyéb: .....

6. Az alábbi kérdésekre akkor kell válaszolnia, ha jelenleg nem dolgozik!

Amennyiben **jelenleg nem dolgozik**, mikor szűnt meg az utolsó munkaviszonya:

..... év ..... hónap ..... nap

Szeretne-e ismét munkát vállalni? (A megfelelő választ kérjük aláhúzni!):

**Igen**      **Nem**

Amennyiben **igen**, milyen munkakört keres?.....

Milyen intézkedéseket tett meg annak érdekében, hogy elhelyezkedjen?.....

**Munkaviszonyt érintő kérdések**

7. Sorolja fel az elmúlt 10 évben betöltött munkaviszonyait:

- **Munkáltató neve:**.....
- Munkakör megnevezése:.....
- Hány órában látta el?: .....
- **Foglalkoztatás jellege** (Megfelelő választ kérjük aláhúzni!): nyílt munkaerő-piac/védett foglalkoztatás
  
- **Munkáltató neve:**.....
- Munkakör megnevezése:.....
- Hány órában látta el?: .....
- **Foglalkoztatás jellege** (Megfelelő választ kérjük aláhúzni!): nyílt munkaerő-piac /védett foglalkoztatás
  
- **Munkáltató neve:**.....
- Munkakör megnevezése:.....
- Hány órában látta el?: .....
- **Foglalkoztatás jellege** (Megfelelő választ kérjük aláhúzni!): nyílt munkaerő-piac /védett foglalkoztatás
  
- **Munkáltató neve:**.....
- Munkakör megnevezése:.....
- Hány órában látta el?: .....

**Foglalkoztatás jellege** (Megfelelő választ kérjük aláhúzni!): nyílt munkaerő-piac /védett foglalkoztatás

Amennyiben további munkaköröket is betöltött, azok felsorolása a 8. pontban is tovább folytatható!

**Egyéb információk**

8. Megjegyzések:

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

## VI. Záradék

A személyes vagy irat alapú vizsgálat lefolytatásához az egészségkárosodásom felmérése és megváltozott munkaképességem meghatározása érdekében hozzájárulok.

**Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a Nyilatkozatban közölt adatok, információk, továbbá a csatolt dokumentumok, igazolások teljes körűek, és a valóságnak megfelelnek.**

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

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

**Hozzájárulok, hogy a személyes vizsgálatot a lakó, illetve tartózkodási helyem szerinti illetékes rehabilitációs hatóság székhelyétől, telephelyétől eltérő helyszínen, szomszédos megyében végezzék el (A megfelelő választ kérjük aláhúzni!):**

**Hozzájárulok**

**Nem járulok hozzá**

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

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