

**A D A T L A P**a megváltozott munkaképességű személyek ellátása iránt<sup>1</sup>

Ügyszám:  
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)<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 kormányhivatalhoz, a fővárosban Budapest Főváros Kormányhivatalához 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 az 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. **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?**

<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 törölendő.

<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.

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 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

<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, a növelt összegű öregségi, munkaképtelenségi járadék, a baleseti táppénz, az Flt. 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.

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

**12. 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

Érvényes östermelői igazolvánnyal rendelkezik-e?  Igen  Nem

**13. Iskolai tanulmánya megszűnésének időpontja:** \_\_\_\_ év \_\_ hó \_\_ nap

**14. EU/EGT tagállamban/ Svájcban és/vagy egyezményes országban**<sup>13</sup> **biztosítással járó jogviszonyban áll-e, állt-e?**<sup>14</sup>  Igen  Nem

**15. Üzemi baleset/foglalkozási megbetegedés következménye az egészségkárosodásának kialakulása?**<sup>15</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>16</sup>  Igen  Nem

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

<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 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.

<sup>13</sup> **Egyezményes ország:** Magyarországgal szociálpolitikai/szociális biztonsági egyezményt kötött ország.

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

<sup>15</sup> Igen válasz esetén, kérjük, **az üzemi balesetet vagy foglalkozási megbetegedést elismerő határozatot** csatolni.

<sup>16</sup> Ha a rendőrségi/ügyészségi/bírósági eljárás már határozattal lezárult, a hatóság döntését is szíveskedjen csatolni.

16. 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? .....

17. 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? .....

18. 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>17</sup>

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

Igen  Nem

19. Közlekedőképesség minősítését igényli-e?<sup>18</sup>  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.)

<sup>17</sup> Amennyiben nem tud megjelenni az orvosi vizsgálaton, kérjük csatolja az adatlaphoz a házi orvosától beszerezhető járóképtelenségi igazolást.

<sup>18</sup> Válaszadása előtt kérjük, figyelmesen olvassa el a mellékelt tájékoztatót, melyen további információkat talál.

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

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

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

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