

## NYILATKOZAT a szakértői minősítéshez

### Figyelemfelhívás!

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

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, továbbá a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól és egyes törvények módosításáról szóló 2011. évi CXCI. törvény tartalmazzák. Az egészségügyi adatok kezelésére és az adatok védelmére egyebekben az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezései az irányadók. A Rehabilitációs Hatóság a hivatkozott jogszabályokban, valamint az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvényben foglalt rendelkezéseknek megfelelően az eljáráshoz szükséges és azzal összefüggő személyes, illetve különleges adatok kezelésére jogosult.

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

Továbbá kérjük, hogy az olvasható, lehetőleg nyomtatott betűkkel 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.

\* **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.)!)

4. Elérhetőségei:  
telefonszám: .....  
e-mail cím: .....

5. Családi állapota: (A megfelelő választ kérjük aláhúzni!)  
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: .....

## 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**



.....  
 Ha folyamatos ápolást igényel, Ön ápolja? **Igen Nem**  
**Részesül Ön ápolási díjban?** **Igen Nem**  
 (Amennyiben igen, akkor kérjük a beküldött iratokhoz csatolni a megállapító határozat másolatát!)

8. Milyen lakáshasználati jogcímen él a bejelentett ingatlanban? (saját tulajdon, albérlet, önkormányzati bérlakás, szolgálati lakás, tartós elhelyezés, hajléktalan ellátás, albérlok háza, szívdességi lakáshasználó, stb.) .....

9. Ügyei vitelében, ügyintézésében igényel-e segítséget? (A megfelelő választ kérjük aláhúzni!) **Igen Nem**  
 Ha Önnek szüksége van bármilyen segítségre, ki és miben tud segítséget nyújtani?  
 .....

10. Rendelkezik-e baráti, közösségi kapcsolatokkal? (A megfelelő választ kérjük aláhúzni!) **Igen Nem**  
 Van-e olyan barátja, ismerőse, akire bármiben számíthat? **Igen Nem**  
 Tartozik-e valamilyen közösséghez? (Pl. rendszeres baráti találkozók, szakkörök, egyházi közösségi programok, kiránduló kör vagy egyéb hobbitól adódó közösség, stb.) .....

Van-e valamilyen rendszeres szabadidős tevékenysége?.....

## 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)  
 - kisegítő iskola vagy speciális szakiskola  
 - befejezett középfokú végzettség (gimnázium, szakközépiskola, szakmunkásképző, szakiskola, stb.): .....  
 Befejezés éve: .....  
 - felsőfokú végzettség (egyetem, főiskola), szak megnevezése:  
 .....  
 Diploma megszerzésének 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? (A megfelelő választ kérjük aláhúzni!):  
**alap** (pl. Internet használat) **felhasználói** **szakmai ismeret**

### Munkavállalással kapcsolatos kérdések

5. **Jelenlegi munkahelyének neve:** .....  
Címe: ..... irányítószám ..... település .....  
közterület neve ..... jellege ..... szám ..... emelet ..... ajtó.

**Munkakörének megnevezése:** .....

**Munkaideje:** .....

**Jelenlegi munkakörét képes-e ellátni?**

**Igen Nem**

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

..... év ..... hónap ..... nap

Milyen munkakörben dolgozott utoljára?.....

Mennyi ideig dolgozott az utolsó munkakörében?.....

Szeretne-e ismét egészségének megfelelő munkát vállalni?

(A megfelelő választ kérjük aláhúzni!):

**Igen Nem**

Milyen munkakörben szeretne elhelyezkedni, milyen munkaköröket tudna ellátni?.....

Mit tesz meg annak érdekében, hogy elhelyezkedjen?.....

Szeretné-e igénybe venni a rehabilitációs mentort annak érdekében, hogy segítséget nyújtson Önnek az álláskeresés, elhelyezkedés minél sikeresebb megvalósításában? **Igen Nem**

### **Munkaviszonyt érintő kérdések**

7. Összesen hány év munkaviszonnyal rendelkezik?..... év

Sorolja fel az elmúlt 10-15 évben betöltött munkaviszonyait:

- **Munkáltató**  
**neve:**.....
- Munkakör  
megnevezése:.....
- Mikortól meddig állt itt  
alkalmazásban:.....

- Hány órában látta el a munkáját? .....
- **Foglalkoztatás jellege** (Megfelelő választ kérjük aláhúzni!): nyílt munkaerő-piac, akkreditált foglalkoztatás
  
- **Munkáltató**  
**neve:**.....
- Munkakör  
megnevezése:.....
- Mikortól meddig állt itt  
alkalmazásban:.....
- Hány órában látta el a munkáját? .....
- **Foglalkoztatás jellege** (Megfelelő választ kérjük aláhúzni!): nyílt munkaerő-piac, akkreditált foglalkoztatás
  
- **Munkáltató**  
**neve:**.....
- Munkakör  
megnevezése:.....
- Mikortól meddig állt itt  
alkalmazásban:.....
- Hány órában látta el a munkáját? .....
- **Foglalkoztatás jellege** (Megfelelő választ kérjük aláhúzni!): nyílt munkaerő-piac, akkreditált foglalkoztatás
  
- **Munkáltató**  
**neve:**.....
- Munkakör  
megnevezése:.....
- Mikortól meddig állt itt  
alkalmazásban:.....
- Hány órában látta el a munkáját?.....
- **Foglalkoztatás jellege** (Megfelelő választ kérjük aláhúzni!): nyílt munkaerő-piac, akkreditált 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 vármegyében végezzék el (A megfelelő választ kérjük aláhúzni!):**

**Hozzájárulok**

**Nem járulok hozzá**

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

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