A D A T L A P

a megváltozott munkaképességű személyek ellátása iránt[[1]](#footnote-1)

**Ügyszám: A személyi adatok hitelesítésére**

**Iktatószám: 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, vármegye, tartomány, város)[[2]](#footnote-2): …………………………………………….

Születési ideje: ………………………………………………………………………………………

Anyja születési családi és utóneve: ………………………………………………………………….

Állampolgársága: ……………………………………………………………………………………

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

**II. Az igény elbírálásához szükséges adatok**

1. **A kérelmező lakóhelye (bejelentett)[[3]](#footnote-3)**: ……. irányítószám …………………………………………… település …………………………...................... közterület neve ……… jellege … szám … emelet … ajtó.
2. **Elérhetőségei**: telefonszám: ……………………………………………………………….

fax szám: ……………………………………………………………….

e-mail cím: ……………………………………………………………….

1. **Tartózkodási helye (bejelentett)[[4]](#footnote-4):**  ……. irányítószám ………………………………………………. település …………………………...................... közterület neve ……… jellege … szám … emelet … ajtó.
2. **A Kérelem elbírálását az alábbi szervtől kérem:** *(Kérjük, válasszon!)*

□ (bejelentett) lakóhely szerinti

□ (bejelentett) tartózkodási hely szerinti

1. **Folyósítási címe**: ……. irányítószám ………………………………………………….. település

…………………………...................... közterület neve ……… jellege … szám … emelet … ajtó.

(Amennyiben nem tölti ki, a 1.,3., illetve 4. pontban kitöltött adatoknak megfelelően a bejelentett lakó- vagy tartózkodási helyét kezeljük folyósítási címként.)

1. **Levelezési/Értesítési címe:** *(Amennyiben eltér az 1. vagy 3. pontban megjelölt címtől!)*

……. irányítószám ………………………………………………….. település ………………….......................………közterület neve ……… jellege … szám … emelet … ajtó.

1. **Gondnoka van-e**[[5]](#footnote-5)**?**  □ Igen □ Nem

Gondnok adatai:[[6]](#footnote-6)

* **Családi és utóneve:**
* **Lakóhelye:** …………. irányítószám …………………………………………….. település

…………………………………. közterület neve …….. jellege … szám … emelet … ajtó.

* **Tartózkodási helye[[7]](#footnote-7):** .............. irányítószám …………………………………….. település ………………………….... közterület neve ……… jellege ……. szám ….. emelet …..ajtó
* **Elérhetőségei:** telefonszám: ………………………………………………………...

fax szám: ………………………………………………………...

e-mail cím: ………………………………………………………...

1. **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 [[8]](#footnote-8)? □ Igen □ Nem

1. **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?**

□ 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

1. **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

1. **Jelenleg részesül-e rendszeres pénzellátásban**[[9]](#footnote-9)**?**

□ Igen[[10]](#footnote-10) □ Nem

Ha részesül, nevezze meg a pénzellátást a folyósítás kezdetét és a folyósító szervet:

……………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………

Amennyiben a  rendszeres pénzellátást és a  megváltozott munkaképességű személyek ellátását nem lehet együttesen igénybe venni, a  megváltozott munkaképességű személyek ellátásának megállapítása esetén a rendszeres pénzellátásról lemond-e.

□ Igen □ Nem

**Igen válasz esetén a rehabilitációs hatóság az Ön nyilatkozata alapján – a táppénz kivételével – intézkedik az egyéb rendszeres pénzellátás folyósításának megszüntetéséről.**

**Rendszeres pénzellátás megállapítása iránti kérelmének elbírálása van-e jelenleg folyamatban?**□ Igen □ Nem

**Amennyiben igen, és Önnek rendszeres pénzellátást állapítanak meg, kérjük, hogy azt soron kívül jelentse be.   
  
Ha jelenleg nem részesül rendszeres pénzellátásban, az elmúlt 7 hónapban részesült-e rendszeres pénzellátásban**[[11]](#footnote-11)**?**

□ Igen[[12]](#footnote-12) □ Nem

Amennyiben igen, nevezze meg a pénzellátás(oka)t és a folyósítás időtartamát és a folyósító szervet:

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

1. **Iskolai tanulmánya megszűnésének időpontja:** \_ \_ \_ \_ év \_ \_ hó \_ \_ nap
2. **EU/EGT tagállamban/ Svájcban és/vagy egyezményes országban[[13]](#footnote-13) biztosítással járó jogviszonyban áll-e, állt-e?**[[14]](#footnote-14) □ Igen □ Nem
3. **A megállapítandó ellátásból levonandó tartozása van-e?**

□ **Igen** □ **Nem**

**Igen válasz esetén csatolja az erről szóló a levonandó, végrehajtandó tartozást előíró vagy azt tartalmazó iratot.**

1. **Üzemi baleset/foglalkozási megbetegedés következménye az egészségkárosodásának kialakulása?[[15]](#footnote-15)**

□ 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?[[16]](#footnote-16) □ Igen □ Nem

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

1. **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? ……………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………..

1. **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? ……………………………………… ……………………………………………………………………………………………………..

1. **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?** [[17]](#footnote-17)

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

□ Igen □ Nem

1. **Közlekedőképesség minősítését igényli-e?** □ 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.)

1. **A kérelem benyújtását megelőző 15 éven belül rendelkezett-e biztosítási jogviszonnyal?** 
   1. Foglalkoztató megnevezése:……………………………………………………………………

Foglalkoztató címe: ………… irányítószám ……………………………………………... település

…………………………...................... közterület neve ……… jellege … szám … emelet … ajtó.

Tevékenység időtartama: \_ \_ \_ \_év \_ \_hó\_ \_ naptól - \_ \_ \_ \_év \_ \_ hó \_ \_ napig

Munkakörök:…………………………………………………………………………………………

Igazolás módja:………………………………………………………………………………………

* 1. Foglalkoztató megnevezése:……………………………………………………………………

Foglalkoztató címe: ………… irányítószám ……………………………………………... település

…………………………...................... közterület neve ……… jellege … szám … emelet … ajtó.

Tevékenység időtartama: \_ \_ \_ \_év \_ \_hó\_ \_ naptól - \_ \_ \_ \_év \_ \_ hó \_ \_ napig

Munkakörök:…………………………………………………………………………………………

Igazolás módja:………………………………………………………………………………………

* 1. 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

1. Az adatlapot a lakcíme (bejelentett lakóhelye vagy bejelentett tartózkodási helye) szerint illetékes, rehabilitációs hatóságként eljáró vármegyei kormányhivatalhoz, a fővárosban Budapest Főváros Kormányhivatalához kell benyújtani, illetve megküldeni. [↑](#footnote-ref-1)
2. 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. [↑](#footnote-ref-2)
3. A lakcímet igazoló hatósági bizonyítványban (lakcímkártyán) szereplő cím [↑](#footnote-ref-3)
4. A lakcímet igazoló hatósági bizonyítványban (lakcímkártyán) szereplő cím [↑](#footnote-ref-4)
5. Igen válasz esetén csatolja a gondnok kirendelő gyámhivatali határozatot. [↑](#footnote-ref-5)
6. Csak akkor kell kitölteni, ha a kérelmezőnek van gondnoka. A nem megfelelő szövegrész törlendő. [↑](#footnote-ref-6)
7. Csak akkor kell kitölteni, amennyiben a (bejelentett) lakóhelytől eltér. [↑](#footnote-ref-7)
8. Ha nincs rendelkezési joga a számla fölött, akkor postai úton kerül kézbesítésre az ellátás. [↑](#footnote-ref-8)
9. **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. [↑](#footnote-ref-9)
10. Igen válasz esetén csatolja az erről szóló megállapító, megszüntető határozatot, táppénz folyósításának megszüntetése esetén az erről szóló igazolást, hatósági bizonyítványt. [↑](#footnote-ref-10)
11. **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. [↑](#footnote-ref-11)
12. Igen válasz esetén csatolja az erről szóló megállapító, megszüntető határozatot, táppénz folyósításának két hónapon megszüntetése esetén az erről szóló igazolást, hatósági bizonyítványt. [↑](#footnote-ref-12)
13. Egyezményes ország: Magyarországgal szociálpolitikai/szociális biztonsági egyezményt kötött ország. [↑](#footnote-ref-13)
14. Amennyiben EU/EGT tagállamban, illetve Svájcban és/vagy egyezményes országban állt biztosítási jogviszonyban, a 2. számú Pótlapot szíveskedjen kitölteni. [↑](#footnote-ref-14)
15. Igen válasz esetén, kérjük, **az üzemi balesetet vagy foglalkozási megbetegedést elismerő határozatot** csatolni. [↑](#footnote-ref-15)
16. Ha a rendőrségi/ügyészségi/bírósági eljárás már határozattal lezárult, a hatóság döntését is szíveskedjen csatolni. [↑](#footnote-ref-16)
17. Amennyiben nem tud megjelenni az orvosi vizsgálaton, kérjük csatolja az adatlaphoz a háziorvosától beszerezhető járóképtelenségi igazolást. [↑](#footnote-ref-17)