

Állapotváltozás bejelentése megváltozott munkaképességűek ellátásában részesülők esetén

Ügyszám:
Iktatószám:

A személyi adatok hitelesítésére
jogosult szerv/személy tölti ki!
A személyi adatok hitelességét a
..... számú
.....
alapján igazolom.
.....
aláírás(ok)

Természetes személyazonosító adatok:

Családi és utóneve:
Születési családi és utóneve:
Születési helye:
Születési ideje:
Anyja születési családi és utóneve:

Társadalombiztosítási azonosító jele: ___ - ___ - ___

Folyósítási törzsszáma: ___ - ___ - ___

A bejelentés/kérelem elbírálásához szükséges adatok:

1. **A kérelmező lakóhelye (bejelentett)¹:**
.....irányítószám.....település.....közterület neve
.....jellege.....számemelet.....ajtó.
2. **Elérhetőségei:** telefonszám:
fax szám:
e-mail cím:
3. **A kérelmező tartózkodási helye (bejelentett)²:**
.....irányítószám.....település.....közterület neve
.....jellege.....számemelet.....ajtó.
4. **A Kérelem elbírálását az alábbi szervtől kérem: (Kérjük, válasszon!)**
 (bejelentett) lakóhely szerinti
 (bejelentett) tartózkodási hely szerinti
5. **Levelezési/Értesítési címe: (Amennyiben eltér a lakcímtől vagy tartózkodási helytől!)**
.....irányítószám.....település.....közterület neve
.....jellege.....számemelet.....ajtó.

¹ A lakcímet igazoló hatósági bizonyítványban (lakcímkártyán) szereplő cím

² A lakcímet igazoló hatósági bizonyítványban (lakcímkártyán) szereplő cím

6. Gondnoka van-e³?

Igen Nem

Gondnok adatai⁴

- **Családi és utóneve:**
- **Lakóhelye (bejelentett):** irányítószám
település közterület neve jellegeszám
.....emeletajtó.
- **Tartózkodási helye (bejelentett):** irányítószám
település közterület neve jellegeszám
.....emeletajtó.
- **Elérhetőségei:** telefonszám:
fax szám:
e-mail cím:

Kérelem leírása: Alulírott ezúton bejelentem, hogy egészségi állapotomban az utolsó felülvizsgálatomat követően változás következett be, ezért kérem a rehabilitációs hatóságtól a komplex minősítésem, és a komplex minősítési bizottsági vélemény eredményétől függő intézkedés megtételét. Csatoltan megküldöm egészségi állapotomat igazoló orvosi okmányaimat, az orvosi beutalót és a nyilatkozatot a komplex minősítéshez.

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 10 napon belül bejelenteni a kérelmet elbíráló szervnek minden olyan tény, 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

³ Igen válasz esetén csatolja a gondnok kirendelő gyámhivatali határozatot.

⁴ Csak akkor kell kitölteni, ha a kérelmezőnek van gondnoka. A nem megfelelő szövegrész törlendő.

Záradékok:

Alulírott igényfelvevő a személyes átvétel során jelen Kérelmet, a Kérelem 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 Kérelem 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