

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**

Amennyiben nem, úgy jelölje azokat a tevékenységeket, amelyeket nem képes önállóan ellátni
 (Több választ is megjelölhet!): öltözködés, tisztálkodás, étkezés, háztartási munka, bevásárlás
 Húzza alá, hogy kitől kap segítséget: közeli családtag, távolabbi családtag, barát, ismerős,
 önkormányzati segítő, egyházi segítő, egyéb:

2. Látásában, hallásában, tájékozódásban, beszédében akadályozott-e? (A megfelelő választ kérjük aláhúzni!) **Igen Nem**

Amennyiben igen, milyen segédeszközt használ, milyen segítséget vesz igénybe? (A megfelelő választ kérjük aláhúzni!): hallókészülék, szemüveg, vakvezető kutya, jeltolmácsi szolgáltatás, egyéb segédeszköz, segítség

3. Gyalogos közlekedésben akadályozott-e? (A megfelelő választ kérjük aláhúzni!) **Igen Nem**

Amennyiben igen, milyen – az orvos által javasolt és felírt – segédeszközt használ? (A megfelelő választ kérjük aláhúzni!): (tám)bot, ortopédcipő, könyökmankó, hónaljmankó, ortézis, protézis, kerekesszék, rollátor, moped

4. Mely közlekedési eszközöket képes **önállóan** is igénybe venni? (A megfelelő választ kérjük aláhúzni!):

– gépkocsi	önállóan	segítséggel	nem képes
– tömegközlekedés	önállóan	segítséggel	nem képes
– egyéb:			

Amennyiben egyiket sem tudja önállóan igénybe venni, kísérő segítségével meg tudja-e oldani a közlekedést? (A megfelelő választ kérjük aláhúzni!) **Igen Nem**

Amennyiben közlekedését sem önállóan, sem kísérettel nem képes megoldani, igénybe vesz-e támogató szolgálatot?

5. Van-e érvényes jogosítványa? (A megfelelő választ kérjük aláhúzni!) **Van Nincs**

Ha van, érvényességének ideje: év hó nap

Van-e hivatásos jogosítványa? **Van Nincs**

Ha igen, szokott-e vezetni? **Igen Nem**

A közlekedést meg tudja-e oldani saját gépjárművel? **Igen Nem**

6. Egyedülálló-e? **Igen Nem**

Ha nem, hány fő él a háztartásban Önnel együtt?

Van-e kiskorú gyermek a családban és milyen életkorúak?

A családtagjai rendelkeznek-e munkaviszonyból származó jövedelemmel?

(A megfelelő választ kérjük aláhúzni!) **Igen Nem**

Húzza alá, hogy a családtagok milyen jogviszonyban dolgoznak: teljes munkaidős munkaviszony, részmunkaidős munkaviszony, közfoglalkoztatás, egyéb:

A családtagok rendelkeznek-e egyéb forrásból származó jövedelemmel?

(A megfelelő választ kérjük aláhúzni!) **Igen Nem**

Nevezze meg az egyéb jövedelmet (pl. szociális ellátás, alkalmi munkavállalás, egyszerűsített foglalkoztatás, stb):

7. Van-e ápolásra szoruló személy, tartósan beteg személy a családban? **Van Nincs**
 (A megfelelő választ kérjük aláhúzni!)

Ha igen, kérjük, fejtse ki röviden (milyen jellegű ápolást igényel)!

Amennyiben van tartósan beteg a családban, van-e folyamatban intézményi elhelyezés számára?

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 hobbiól 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)
- kiegészítő 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

Önök 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