**N Y I L A T K O Z A T**

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 ésazzal összefüggő személyes, illetve különleges adatok kezelésére jogosult.

**Kérjük, hogy a Nyilatkozatot minél pontosabban töltse ki!**

Továbbá kérjük, hogy azolvasható, 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): --

1. Lakóhelye:………….irányítószám………………………….. település

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

1. 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.)!

1. Elérhetőségei:

telefonszám: …………………………………………….

 e-mail cím: ………………………………………………

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

házas

hajadon/nőtlen

elvált

özvegy

élettársi kapcsolat

1. 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, fogyatékossági támogatás, emelt összegű családi pótlék, rokkantsági járadék, egyéb:……………………………….

1. Jelenleg részesül-e táppénzes ellátásban? *(A megfelelő választ kérjük aláhúzni!)* **Igen Nem**

Ha igen mióta, és várhatóan meddig tart? …………………………………………………………...

1. 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…………………………………………………………………………………...

1. 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? ………………………………………………………………………………

1. 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, amelyeketnem 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: ………………………………………………………

1. 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 ………………………………………………………………………………..

1. 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

1. 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 semönállóan, sem kísérettelnem képes megoldani, igénybe vesz-e támogató szolgálatot?……………………………………………………………….……………….

1. 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**

1. Egyedülálló-e?

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):*…………………………………………………………………………………………………...

1. Van-e ápolásra szoruló személy, tartósan beteg személy a családban?

*(A megfelelő választ kérjük aláhúzni!)* **Van Nincs**

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

………………………………………………………………………………………………………..

**Amennyiben** van tartós 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!)*

1. Milyen lakáshasználati jogcímen éla bejelentett ingatlanban?(saját tulajdon, albérlet, önkormányzati bérlakás, szolgálati lakás, tartós elhelyezés, hajléktalan ellátás, albérlők háza, szívességi lakáshasználó, stb.)………..……………………………………………………………..
2. Ügyei vitelében, ügyintézésében igényel-e segítséget? *(A megfelelő választ kérjük aláhúzni!)* **IgenNem**

Ha Önnek szüksége vanbármilyen segítségre, ki és miben tud segítséget nyújtani?

………………………………………………………………………………………………………..

1. 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 hobbiból 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: ……………

1. 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: …………………

1. Sorolja fel milyen idegen nyelven beszél és milyen szinten:

………………………………………………………………………………………………………..

1. 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***

1. **Jelenlegi munkahelyénekneve:** …………………………………………………………………..

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

**Munkakörénekmegnevezése**:……………………………………………………………………

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

***Munkaviszonyt érintő kérdések***

1. Összesen hány év munkaviszonnyal rendelkezik?........................ év

Sorolja fel az elmúlt 10-15évben 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***

1. Megjegyzések:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

**VI. Záradék**

A személyes vagy irat alapú vizsgálat lefolytatásáhozaz 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 aszemélyes 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