

Rokkantsági járadék iránti igény

A kérelmező azonosító adatai:

TAJ száma:* - -

Titulus: Családi név:*

Utónév:*

2. utónév:

Születési név:*

Utónév:*

2. utónév:

Anyja születési családi neve:*

Utóneve:*

2. utóneve:

Születési helye:*

Születési ideje:*

Lakóhelye:*

Irányítószám:*

Település:*

Közterület neve:*

Jellege:*

Házzám:*

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

Tartózkodási helye:*

Irányítószám:*

Település:*

Közterület neve:*

Jellege:*

Házzám:*

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

Telefonszáma és/vagy e-mail címe:

Képviselőre vonatkozó adatok:

Ha a kérelmet törvényes képviselőként vagy meghatalmazottként nyújtja be, válasszon az alábbi lehetőségek közül!*

☐ gondnok

☐ meghatalmazott

Gondnok által előterjesztett kérelem esetén a képviseletre jogosultságot igazoló okiratot csatolni kell.

Meghatalmazott esetén a szabályszerű meghatalmazást csatolni kell. Amennyiben a meghatalmazás a Rendelkezési Nyilvántartásban szerepel, közölni kell a rendelkezés azonosítót:

A közölt adatokat a nyugdíjbiztosítási szerv közfeladata ellátása, jogszabályi kötelezettségei teljesítése céljából, a jogszabályokban előírtaknak megfelelően kezeli, az erről szóló tájékoztató a Magyar Államkincstár honlapján megtalálható.

TAJ száma:*

-

-

Aláírás:*

A " * " (csillaggal) jelölt mezők kitöltése kötelező!

Oldalszám: 3 / 1

Kérjük, hogy a nyomtatvány beküldésével egyidejűleg csatolja az egészségkárosodás mértékét igazoló orvosszakértői határozatot, szakhatósági állásfoglalást vagy szakvéleményt. Ha ez nem áll rendelkezésére, mellékelje az alább felsorolt – az egészségi állapot megállapításához szükséges – iratokat:

- **háziorvosi beutaló**, amely az egészségi állapotára, gyógykezelésére vonatkozó összefoglaló adatokat tartalmazza, és a munkaképesség-változás véleményezése céljából került kiállításra;

- a gyógykezelést és aktuális állapotot bemutató **kezelőorvosi szakvélemény**;

- kórházi **zárójelentés**, szakorvosi **leletek**.

I. Az igény elbírálásához szükséges adatok

Jelölje meg, hogy ügyében melyik nyugdíjbiztosítási szerv járjon el!*

- ☐ a lakóhely szerint illetékes
☐ a tartózkodási hely szerint illetékes

Mikortól kéri az ellátás megállapítását?*

II. Az ellátás folyósításához szükséges adatok:

Az ellátást *

- ☐ belföldi pénzforgalmi szolgáltatónál vezetett fizetési számlára kérem folyósítani.
☐ postai címre kérem folyósítani.

A kérelmező a fizetési számla tulajdonosa? *

- ☐ Igen ☐ Nem

A kérelmezőnek a számla felett van-e rendelkezési joga? *

- ☐ Van ☐ Nincs

Ha a megjelölt számla felett nincs rendelkezési joga, az ellátást postai úton kell folyósítani.

A törvényes képviselő a számla tulajdonosa? *

- ☐ Igen ☐ Nem

A törvényes képviselőnek a fizetési számla felett van-e rendelkezési joga? *

- ☐ Van ☐ Nincs

Ha a megjelölt számla felett nincs rendelkezési joga, az ellátást postai úton kell folyósítani.

Belföldi pénzforgalmi szolgáltató neve: *

Belföldi pénzforgalmi szolgáltatónál vezetett fizetési számla száma: *

 - -

TAJ száma:*

Aláírás:*

A " * " (csillaggal) jelölt mezők kitöltése kötelező!

Oldalszám: 3 / 2

A folyósítást melyik címre kéri: *

- ☐ lakóhely szerint
- ☐ tartózkodási hely szerint
- ☐ egyéb címre

Egyéb folyósítási cím:*

Irányítószám:*

Település:*

Község neve:*

Jellege:*

Házszám:*

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

Egyéb megjegyzés:

Mellékelt iratok darabszáma:

Kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Kelt: _____ , _____ (év) _____ (hó) _____ (nap)

Igénylő saját kezű aláírása

Igényfelvevő neve, aláírása:

A nyomtatványt olvashatóan, nyomtatott nagybetűvel és arab számokkal kell kitölteni. A választ a megfelelő kockába írt X-szel kell megadni.

A kérelmező TAJ számának és aláírásának - az erre szolgáló rovatban - a nyomtatvány valamennyi oldalán szerepelnie kell.

TAJ száma:*

-

-

Aláírás:*