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

a szakértői minősítéshez

**Figyelemfelhívás!**

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 27. § (1) bekezdése, továbbá a megváltozott munkaképességű személyek ellátásairól és egyes törvények módosításáról szóló 2011. évi CXCI. törvény 21. § és 21/B. §-ai tartalmazzák.

A Nyilatkozat a személyes vagy az irat alapján történő komplex szakértői minősítés kötelező dokumentuma.

**Kérjük, hogy a Nyilatkozatot minél pontosabban töltse 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): --

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

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

1. Tartózkodási helye\*: …………. irányítószám ………………………….. település

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

1. Elérhetőségei:

telefonszám: …………………………………………….

e-mail cím: …………………………………………….

1. Családi állapota:

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: ……………………………………………………………………………..

\* **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.)!

**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, ésvárhatóan 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, amelyeket** **nem képes** önállóan ellátni *(Több választ is megjelölhet!)*: öltözködés, tisztálkodás, étkezés, háztartási munka, bevásárlás

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 – 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 sem önállóan, sem kísérettel nem képes megoldani, igénybe vesz-e támogató szolgálatot? ……………………………………………………………….………………

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

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

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

Ha van, érvényességének ideje: ………… év ……………hó …….. nap

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

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

1. Hány fő él a háztartásban? ………………………………………………

Van-e kiskorú a családban? *(A Megfelelő választ kérjük aláhúzni!)* **Van Nincs**

**Ha igen**, hány gyermek és milyen korúak? ........................................................................................

Ön-e a családfenntartó? *(A megfelelő választ kérjük aláhúzni!)* **Igen Nem**

A családtagok rendelkeznek-e munkaviszonyból, vagy egyéb forrásból származó jövedelemmel?

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

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 él a bejelentett ingatlanban? (saját tulajdonú, albérlet, önkormányzati bérlakás, szolgálati lakás, tartós elhelyezés, hajléktalan ellátás, albérlők háza, szívességi lakáshasználó, stb.)

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

1. Ügyei vitelében, ügyintézésében igényel-e segítséget? *(A megfelelő választ kérjük aláhúzni!)*  **Igen Nem**

Ha szüksége van Önnek bármilyen segítségre, ki tud segítséget nyújtani az Ön számára, és miben (közlekedés, hivatalos ügyek intézése, étkezés biztosítása, egyéb)?

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

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

**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.): …………………………........................................................................................................
* felsőfokú végzettség (egyetem, főiskola), szak megnevezése: …………………………………………………………………………………………………

Megszerzés 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 *(Kérjük húzza alá!)*

alap *(pl. Internet használat)* felhasználói professzionális

***Munkavállalással kapcsolatos kérdések***

1. **Az alábbi kérdésekre akkor kell válaszolnia, ha jelenleg dolgozik!**

**Jelenlegi munkahelyének** **neve:** …………………………………………………………………..

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

**Munkakörének** **megnevezése**: ……………………………………………………………………

**Munkaideje:** ………………

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

Rendelkezik-e Rehabilitációs kártyával? *(A megfelelő választ kérjük aláhúzni!)*: **Igen Nem**

1. **Az alábbi kérdésekre akkor kell válaszolnia, ha jelenleg nem dolgozik!**

Amennyiben **jelenleg nem dolgozik**, mikor szűnt meg az utolsó munkaviszonya:

…………… év ……………………. hónap ……… nap

Szeretne-e ismét munkát vállalni? *(A megfelelő választ kérjük aláhúzni!)*: **Igen Nem**

Amennyiben **igen**, milyen munkakört keres?……………………………………………………

Milyen intézkedéseket tett meg annak érdekében, hogy elhelyezkedjen? ……………………………………………………………………………………………………….

***Munkaviszonyt érintő kérdések***

1. Sorolja fel az elmúlt 10 évben betöltött munkaviszonyait:

* **Munkáltató neve**:……………………………………………………………………………………
* Munkakör megnevezése:……………………………………………………………………………..
* Hány órában látta el?: ………………………………………….
* **Foglalkoztatás jellege** *(Megfelelő választ kérjük aláhúzni!)*: nyílt munkaerő-piac /védett foglalkoztatás
* **Munkáltató neve**:……………………………………………………………………………………
* Munkakör megnevezése:……………………………………………………………………………..
* Hány órában látta el?: ………………………………………….
* **Foglalkoztatás jellege** *(Megfelelő választ kérjük aláhúzni!)*: nyílt munkaerő-piac /védett foglalkoztatás
* **Munkáltató neve**:……………………………………………………………………………………
* Munkakör megnevezése:……………………………………………………………………………..
* Hány órában látta el?: ………………………………………….
* **Foglalkoztatás jellege** *(Megfelelő választ kérjük aláhúzni!)*: nyílt munkaerő-piac /védett foglalkoztatás
* **Munkáltató neve**:……………………………………………………………………………………
* Munkakör megnevezése:……………………………………………………………………………..
* Hány órában látta el?: ………………………………………….

**Foglalkoztatás jellege** *(Megfelelő választ kérjük aláhúzni!)*: nyílt munkaerő-piac /védett 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 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 megyében végezzék el** *(A megfelelő választ kérjük aláhúzni!)***:**

**Hozzájárulok Nem járulok hozzá**

Kelt: ………………………………, 20 ‗‗ év ‗‗‗‗‗‗‗ hó ‗‗‗‗‗‗‗ nap

‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗‗

kérelmező/meghatalmazott/gondnok aláírása