

Árvaellátás iránti igény, ha az elhunyt nyugdíjban, korhatár előtti ellátásban részesült

Az árva azonosító adatai:

TAJ száma:* - -

Titulus Családi név:* Utónév:* Utónév(2):

Születési név:* Utónév:* Utónév(2):

Anyja születési családi neve:* Utónév:* Utónév(2):

Születési helye:* Születési ideje:*

Lakóhelye:*
Irányítószám:* Település:*

Közterület neve:* Jellege:* Házsám:* Épület: Lépcsőház: Emelet: Ajtó:

Tartózkodási helye:
Irányítószám:* Település:*

Közterület neve:* Jellege:* Házsám:* 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:*

szülő gyám gondnok meghatalmazott

Gyám, illetve 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:*

I. Az elhunyt személy adatai:

TAJ száma:* - -

Titulus Családi név:* Utónév:* Utónév(2):

Születési név:* Utónév:* Utónév(2):

Anyja születési családi neve:* Utónév:* Utónév(2):

Születési helye:* Születési ideje:*

Utolsó lakóhelye:*

Irányítószám:* Település:*

Közterület neve:* Jellege:* Házsám:* Épület: Lépcsőház: Emelet: Ajtó:

II. Az elhunyt személyre vonatkozó, az igény elbíráláshoz szükséges adatok:

Az elhalálozás időpontja: *

Elhalálozás helye (ha van, kérjük, jelölje meg a kerületet is):*

Kérjük, jelölje meg, hogy az elhunyt személy milyen típusú ellátásban részesült!*

- öregségi nyugdíj
- korhatár előtti ellátás
- szolgálati járandóság
- átmeneti bányászjáradék
- táncművészeti életjáradék

Az elhunyt személy folyósítási törzsszáma: *

Az elhunyt személy a fent megjelölt ellátás megállapítását követően folytatott-e keresőtevékenységet?*

Igen Nem

Foglalkoztató megnevezése: *

Foglalkoztató címe: *

Irányítószám:* Település:*

Közterület neve:* Jellege:* Házsám:* Épület: Lépcsőház: Emelet: Ajtó:

Tevékenység időtartama: * -

TAJ száma:* - - Aláírás:*

Amennyiben több foglalkoztatót kíván megadni, kérjük, töltsse ki a P01 pótlapot!

Az elhunyt személy folytatott-e önálló tevékenységet? (kisiparos, magánkereskedő, egyéni vállalkozó, társas vállalkozás tagja, ezek segítő családtagja, vállalkozás jellegű jogviszony, egyéni gazdálkodó, szellemi szabadfoglalkozású stb.) *

Igen Nem

Vállalkozó neve, társas vállalkozás megnevezése: *

Vállalkozó, társas vállalkozás címe: *

Irányítószám:*

Település:*

Közterület neve:*

Jellege:*

Hátszám:*

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

Vállalkozó, társas vállalkozás törzsszáma:

Vállalkozó, társas vállalkozás adószáma:

Tevékenység időtartama: *

Amennyiben több önálló tevékenységet kíván megadni, kérjük, töltsse ki a P02 pótlapot!

Az elhalálozás üzemi baleset vagy foglalkozási megbetegedés következménye? *

Igen Nem

A baleset üzemisége vagy a foglalkozási megbetegedés jellege határozattal elismerésre került-e? *

Igen Nem

A baleset üzemiségét, vagy a foglalkozási megbetegedés jellegét elismerő szerv vagy szervezet neve:

Címe:

Az elhalálozást harmadik fél okozta? *

Igen Nem

Az elhalálozásért felelős neve:

Az elhalálozásért felelős címe:

Irányítószám:*

Település:*

Közterület neve:*

Jellege:*

Hátszám:*

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

TAJ száma:*

Aláírás:*

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

Oldalszám: 8 / 3

A halálesettel kapcsolatban indult-e rendőrségi, bírósági, ügyészségi eljárás? *

Igen Nem

Az eljáró szerv neve: *

Az eljáró szerv címe: *

Irányítószám:*

Település:*

Közterület neve:*

Jellege:*

Házzám:*

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

Ügyszám: *

III. Az árvára vonatkozó, az igény elbírálásához szükséges adatok:

Az árva elhunyt személyhez fűződő családi kapcsolata: *

- gyermeke saját örökbefogadott nevelt
 testvére
 unokája
 dédunokája
 ükunokája

Az elhunyt személy az árvát a saját háztartásában eltartotta? *

Igen Nem

Az árvának van-e más tartásra köteles és képes hozzátartozója? *

Igen Nem

Tartásra köteles és képes személyre vonatkozó adatok:

Titulus Családi név: * Utónév: * Utónév(2):

Születési név: * Utónév: * Utónév(2):

Anyja születési családi neve: * Utónév: * Utónév(2):

Születési helye: * Születési ideje: *

A tartásra köteles és képes személy lakóhelye: *

Irányítószám: * Település: *

Közterület neve: * Jellege: * Házzám: * Épület: Lépcsőház: Emelet: Ajtó:

TAJ száma: * - - Aláírás: *

Az árva folytat-e nappali képzésben tanulmányokat? *

Igen Nem

Kérjük, mellékelje az oktatási intézmény által kiállított igazolást a tanulmányok folytatásáról!

Tanulmányait magántanulóként folytatja? *

Igen Nem

Kérjük, mellékelje a magántanulói jogviszony indokát tartalmazó orvosi, vagy oktatási intézmény által kiállított igazolást!

Tanulói, hallgatói jogviszonya szünetel? *

Igen Nem

Kérjük, mellékelje a szünetelés indokát tartalmazó orvosi, vagy oktatási intézmény által kiállított igazolást!

A tanulói/hallgatói jogviszony befejezésének várható időpontja:*

Az árva tartósan beteg, súlyosan fogyatékos, vagy megváltozott munkaképességű? *

Igen Nem

Rendelkezik az egészségi állapotát minősítő, rehabilitációs szakértői szerv által kiadott szakvéleménnyel vagy szakhatósági állásfoglalással? *

Igen Nem

Ha tartós betegségét, fogyatékoságát, megváltozott munkaképességét szakvéleménnyel, szakhatósági állásfoglalással, ellátást megállapító határozattal, vagy orvosi igazolással kívánja bizonyítani, kérjük, csatolja!

Az egészségi állapota vizsgálatának kezdeményezése érdekében kérjük, mellékelje az egészségi állapotra, gyógykezelésre, rehabilitációra vonatkozó összefoglaló adatokat tartalmazó, a munkaképesség-változás véleményezése céljából kiállított beutalót, folyamatos gondozást, gyógykezelést és az aktuális állapotot bemutató kezelőorvosi véleményt, illetve a fenti körülményekkel összefüggő, további egészségügyi dokumentációt (pl. lelet, kórházi zárójelentés).

Az árva életben lévő szülője megváltozott munkaképességű? *

Igen Nem

A szülő rendelkezik az egészségi állapotát minősítő, rehabilitációs szakértői szerv által kiadott szakvéleménnyel vagy szakhatósági állásfoglalással? *

Igen Nem

Ha a megváltozott munkaképességét szakvéleménnyel, szakhatósági állásfoglalással vagy ellátást megállapító határozattal kívánja igazolni, kérjük, mellékelje!

A megváltozott munkaképességű szülőre vonatkozó adatok:

TAJ száma:* - -

Titulus Családi név:* Utónév:* Utónév(2):

Születési név:* Utónév:* Utónév(2):

Anyja születési családi neve:* Utónév:* Utónév(2):

Születési helye:* Születési ideje:*

TAJ száma:* - - Aláírás:*

A megváltozott munkaképességű szülő lakóhelye:*

Irányítószám:*

Település:*

Közterület neve:*

Jellege:*

Hászám:*

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

A szülő egészségi állapota vizsgálatának kezdeményezése érdekében kérjük, mellékelje az egészségi állapotra, gyógykezelésre, rehabilitációra vonatkozó összefoglaló adatokat tartalmazó, a munkaképesség-változás véleményezése céljából kiállított beutalót, folyamatos gondozást, gyógykezelést és az aktuális állapotot bemutató kezelőorvosi véleményt, illetve a fenti körülményekkel összefüggő, további egészségügyi dokumentációt (pl. lelet, kórházi zárójelentés).

TAJ száma:*

-

-

Aláírás:*

IV. Az ellátás folyósításához szükséges adatok:

Az ellátást *

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

A folyósítást melyik címre kéri: *

- lakóhely szerint
 tartózkodási hely szerint
 egyéb címre

Egyéb folyósítási cím:*

Irányítószám:*

Település:*

Közterület neve:*

Jellege:*

Házzám:*

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

Az árva (kiskorú árva esetén a törvényes képviselő) a fizetési számla tulajdonosa? *

Igen

Nem

Az árvának (kiskorú árva esetén a törvényes képviselőnek) a 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:*

Egyéb megjegyzés:

Mellékelt iratok darabszáma:

Kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

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

Árva/kiskorú árva esetén a törvényes képviselő aláírása

Igényfelvevő neve, aláírása:

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

Az árva TAJ számának, és az árva vagy kiskorú árva esetén a törvényes képviselő aláírásának – az erre szolgáló rovatban – a nyomtatvány valamennyi oldalán szerepelnie kell.

TAJ száma:* - - Aláírás:*