

Árvaellátás iránti igény, ha az elhunyt nyugellátásban, korhatár előtti ellátásban nem 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:*
Ország:*

Irányítószám:* Település:*

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

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

Az elhalálozás időpontja: *

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:* Házsám:* Épület: Lépcsőház: Emelet: Ajtó:

TAJ száma:* - - Aláírás:*

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

Igen Nem

Az eljáró szerv neve: *

Az eljáró szerv címe: *

Irányítószám:*

Település:*

Közterület neve:*

Jellege:*

Hákszám:*

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

Ügyszám: *

Az elhunyt személynek az elhalálozás időpontjában a 2010. október 1. előtt létesített magánnyugdíj-pénztári tagsága fennállt-e? *

Igen Nem

A magánnyugdíj-pénztár neve: *

A magánnyugdíj-pénztár címe: *

Irányítószám:*

Település:*

Közterület neve:*

Jellege:*

Hákszám:*

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

A jogszerezőnek a magánnyugdíjpénztárban az egyéni számláján lévő összeg Nyugdíjbiztosítási Alap részére történő utalását: *

kértem nem kértem

Állapítottak-e meg az elhunyt részére folyósítás nélkül megállapított vagy rögzített szolgálati nyugdíjat?

Igen Nem

A folyósítás nélküli megállapítás vagy a rögzítés megállapításának időpontja(i) és a megállapító fegyveres szerv neve(i):

1.

2.

3.

4.

TAJ száma:*

-

-

Aláírás:*

III. Az elhunyt személy szolgálati idejére vonatkozó adatok, melyek nyugdíjbiztosítási igazgatási szerv által határozattal vagy egyéb igazolással korábban nem kerültek elismerésre

Foglalkoztató megnevezése: *

Foglalkoztató címe: *

Irányítószám:*

Település:*

Közterület neve:*

Jellege:*

Házzám:*

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

Tevékenység időtartama: *

-

Munkakör:

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:*

Házzám:*

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!

Kíván-e egyéb időszakot [pl.: ápolási díj folyósításának időtartama, munkanélküli ellátás folyósításának időtartama, megállapodás kötés időtartama, nappali tagozaton folytatott felsőfokú tanulmányok időtartama, katona idő, stb.] az elhunyt személy szolgálati idejeként elismertetni? *

Igen

Nem

Megnevezése: *

Időtartama: *

-

Kíván-e az elhunyt személy által biztosításban nem töltött időket [pl.: háztartásbeli, saját föld megművelése, fizetés nélküli szabadság (ennek okát is fel kell tüntetni), egyéb] megadni? *

Igen

Nem

A biztosítással nem fedezett időszak megnevezése (fizetés nélküli szabadság esetén ennek oka): *

Időtartama: *

-

Amennyiben több időszakot kíván elismertetni, kérjük az egyéb megjegyzés rovatban megadni!

TAJ száma:*

-

-

Aláírás:*

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

Kérjük, válassza ki, ügyében melyik nyugdíjbiztosítási szerv járjon el!*

- lakóhely szerint illetékes
 tartózkodási hely szerint illetékes

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:* Házszám:* Épület: Lépcsőház: Emelet: Ajtó:

Az árva oktatási intézményben folytat-e tanulmányokat? *

- Igen Nem

A tanulmányok folytatását – a 16. életév betöltését követően – az oktatási intézmény által kiállított igazolással szükséges bizonyítani kérjük, mellékelje az oktatási intézmény által kiállított igazolást a tanulmányok folytatásáról!

Oktatási intézményben folytatott tanulmányok folytatása esetén jelölje meg a képzés típusát:

- általános iskolai vagy középfokú iskolai nevelés-oktatás
 szakképzés
 főiskolai, egyetemi képzés, felsőoktatási szakképzés
 alapfokú művészetoktatás, kiegészítő nemzetiségi nyelvoktatás
 gyógypedagógiai, konduktív pedagógiai nevelés-oktatás
 felnőttképzés

TAJ száma:* - - Aláírás:*

Tanulmányait egyéni munkarend, illetve egyéni tanulmányi rend szerint végzi? *

Igen Nem

Ha az árva egyéni munkarend, illetve egyéni tanulmányi rend keretében folytatja tanulmányait, az engedélyezés okát az oktatási intézmény igazolásával vagy egyéb irattal (pl.: orvosi szakvélemény) kell igazolni! Kérjük, szíveskedjen mellékelni!

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, csatolja 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, csatolja!

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:*

Házszám:*

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

A szülő egészségi állapota vizsgálatának kezdeményezése érdekében kérjük, csatolja 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).

V. 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:*

Házszám:*

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:*