Szülői nyugdíj iránti igény, ha az elhunyt nyugellátásban, korhatár előtti ellátásban részesült

Az ügyfél azonosító adatai:

TAJ száma:* - -

Családi név:* Utónév:*

Születési családi név:* Utónév:*

Anyja születési családi neve:* Utóneve:*

Születési helye:* Születési ideje:*

Lakóhelye:*

Irányítószám:* Település:*

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

Tartózkodási helye:

Irányítószám:* Település:*

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

Telefonszáma és/ vagy e-mail címe:

Képviseletre vonatkozó adatok:

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

◯ az ügyfél gondnoka vagyok ◯ meghatalmazott vagyok

Gondnokként előterjesztett kérelem esetén csatolja a képviseleti jogosultságot igazoló okiratot, ennek hiányában kérjük, közölje a gyámhivatal címét, és a gondnok kirendelő határozat számát.

Gyámhivatal címe:

Gondnok kirendelő határozat száma:

Meghatalmazottként benyújtott kérelem esetén a meghatalmazó:*

◯ az ügyfél

◯ az ügyfél törvényes képviselője, azaz az ügyfél gondnoka

Aláírás:**

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

A " ** " (csillaggal) jelölt mező kitöltése kötelező! Képviselő útján történő eljárás esetén az Aláírás mezőben a képviselőnek kell aláírni.

A törvényes képviselő azonosító adatai:

Akkor kell kitölteni, ha a kérelmet az ügyfél törvényes képviselője, vagy a törvényes képviselő meghatalmazottja nyújtja be.

Családi név:* Utónév:*

Születési családi név:* Utónév:*

Anyja születési családi neve:* Utóneve:*

Születési helye:* Születési ideje:*

Ha a törvényes képviselő és az ügyfél lakó- és tartózkodási helye eltérő, a törvényes képviselő lakóhelye:*

Irányítószám:* Település:*

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

A törvényes képviselő tartózkodási helye:

Irányítószám:* Település:*

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

Telefonszáma és/ vagy e-mail címe:

Meghatalmazott azonosító adatai:

Akkor kell kitölteni, ha a kérelmet meghatalmazott nyújtja be.

Családi név:* Utónév:*

Születési családi név:* Utónév:*

Anyja születési családi neve:* Utóneve:*

Születési helye:* Születési ideje:*

Meghatalmazott esetén a közokiratban, vagy a teljes bizonyító erejű magánokiratban tett meghatalmazást csatolni kell. Ha a meghatalmazás a Rendelkezési Nyilvántartásban szerepel, a rendelkezési azonosítót kell közölni:

Tájékoztatjuk, hogy a megadott adatokat a nyugdíjbiztosítási igazgatási szervek közfeladatuk ellátása, jogszabályi kötelezettségeik teljesítése céljából, a jogszabályokban előírtaknak megfelelően kezelik. A nyugdíjbiztosítási igazgatási szervek adatkezeléséről szóló tájékoztató a Magyar Államkincstár honlapján található.

Aláírás:**

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

A " ** " (csillaggal) jelölt mező kitöltése kötelező! Képviselő útján történő eljárás esetén az Aláírás mezőben a képviselőnek kell aláírni.

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

Tevékenység időtartama: * -

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

Aláírás:**

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

A " ** " (csillaggal) jelölt mező kitöltése kötelező! Képviselő útján történő eljárás esetén az Aláírás mezőben a képviselőnek kell aláírni.

Az elhunyt személy folytatott-e önálló tevékenységet? (kisiparos, magánkereskedő, egyéni vállalkozó, társas vállalkozó, stb.) *

◯ Igen ◯ Nem

Vállalkozó neve, társas vállalkozás megnevezése: *

Vállalkozó, társas vállalkozás címe: *

Irányítószám:* Település:*

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

Vállalkozó, társas vállalkozás törzsszáma:

Vállalkozó, társas vállalkozás adószáma:

Tevékenység időtartama: * -

Amennyiben több önálló tevékenységet kíván megadni, kérjük, töltse 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:

Irányítószám:* Település:*

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

Az elhalálozást harmadik fél okozta? *

◯ Igen ◯ Nem

Az elhalálozásért felelős neve:

Az elhalálozásért felelős címe:

Irányítószám:* Település:*

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

Aláírás:**

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

A " ** " (csillaggal) jelölt mező kitöltése kötelező! Képviselő útján történő eljárás esetén az Aláírás mezőben a képviselőnek kell aláírni.

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

◯ Igen ◯ Nem

Az eljáró szerv neve: *

Az eljáró szerv címe: *

Irányítószám:* Település:*

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

Ügyszám: *

III. Az igénylőre vonatkozó, az igény elbírálásához szükséges adatok

Az elhunyt személyhez fűződő családi kapcsolata: *

◯ szülő
◯ nevelőszülő
◯ nagyszülő

Az ellátást nevelőszülőként igénylő személy az elhunyt gyermeket mikor tartotta el? *

-tól -ig

Az igénylő részesül-e az alábbi ellátások valamelyikében? Ha igen, jelölje meg!*

◯ öregségi nyugdíj
◯ korhatár előtti ellátás
◯ szolgálati járandóság
◯ táncművészeti életjáradék
◯ átmeneti bányászjáradék
◯ rokkantsági ellátás
◯ rehabilitációs ellátás

Folyósítási törzsszáma: *

Az igénylő részesül-e külföldről nyugellátásban? *

◯ Igen ◯ Nem

Nevezze meg a nyugellátást folyósító országot:

Nevezze meg a nyugellátás típusát:

Aláírás:**

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

A " ** " (csillaggal) jelölt mező kitöltése kötelező! Képviselő útján történő eljárás esetén az Aláírás mezőben a képviselőnek kell aláírni.

Az igénylőt az elhunyt a halálát közvetlenül megelőző legalább egy éven át eltartotta? *

◯ Igen ◯ Nem

Az igénylő megváltozott munkaképességű?*

◯ Igen ◯ Nem

Ha a szülői nyugdíjat megváltozott munkaképességére tekintettel kéri megállapítani, az igényhez csatolnia kell az egészségi állapot megállapításához szükséges alábbi iratokat:

- háziorvosi beutalót, amely egészségi állapotára, gyógykezelésére vonatkozó összefoglaló adatokat tartalmazza és a munkaképesség-változás véleményezése céljából került kiállításra,

- a gyógykezelést és aktuális állapotot bemutató kezelőorvosi véleményt,

- kórházi zárójelentést, szakorvosi leleteket.

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

◯ Igen ◯ Nem

A tartásra köteles és képes személyre vonatkozó adatok:

Titulus:	Viselt családi név:*	Utónév:*	2. Utónév:

Születési név:

Viselt családi név:*	Utónév:*	2. Utónév:

Anyja születési neve:

Viselt családi név:*	Utónév:*	2. Utónév:

Születési hely, idő:

Születési hely:*	Születési idő:*

A tartásra köteles és képes személy lakóhelye:

Irányítószám:*	Település:*

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

IV. 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

Aláírás:**

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

A " ** " (csillaggal) jelölt mező kitöltése kötelező! Képviselő útján történő eljárás esetén az Aláírás mezőben a képviselőnek kell aláírni.

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: *

- -

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:

Aláírás:**

A " ** " (csillaggal) jelölt mező kitöltése kötelező! Képviselő útján történő eljárás esetén az Aláírás mezőben a képviselőnek kell aláírni.

Egyéb megjegyzés:

Mellékelt iratok darabszáma:

Kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

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

Igénylő sajátkezű 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 igénylő aláírásának - az erre szolgáló rovatban - a nyomtatvány valamennyi oldalán szerepelnie kell.

Aláírás:**

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

A " ** " (csillaggal) jelölt mező kitöltése kötelező! Képviselő útján történő eljárás esetén az Aláírás mezőben a képviselőnek kell aláírni.