

**AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY BETWEEN THE UNITED STATES OF AMERICA AND HUNGARY
SZOCIÁLIS BIZTONSÁGRÓL SZÓLÓ EGYZEMÉNY AZ AMERIKAI EGYESÜLT ÁLLAMOK ÉS MAGYARORSZÁG KÖZÖTT**

**APPLICATION FORM FOR SURVIVOR'S PENSION
As per Art. 11 of Agreement and Art. 5 of Administrative Arrangement
IGÉNYBEJELENTŐ LAP HOZZÁTARTOZÓI NYUGELLÁTÁSHOZ
Az Egyezmény 11. cikke és az Igazgatási Megállapodás 5. cikke alapján**

The form is to be filled in by the claimant, who is a resident of the USA. This form will be sent by the American competent institution to the Hungarian competent institution, if the insured person has been subject to the legislation of one or both contracting state and has acquired qualifying period. The enclosure of the documents of Hungarian insurance period is advised. If the application form is not filled in correctly it may result in delays in processing your application. Personal data of the insured person must be filled in with capital letters. Complete answers must be given to all questions, and the appropriate box should be marked with an „X”.

Ezt a nyomtatványt amerikai lakó- vagy tartózkodási hellyel rendelkező igénylőnek kell kitöltenie és az amerikai illetékes intézmény küldi meg a magyar illetékes intézmény részére, ha az igénylő az egyik, vagy mindkét Szerződő Állam jogszabályainak hatálya alá tartozott, és ezek területén az Egyezmény alapján beszámítható szolgálati időt szerzett. Az igénybejelentő laphoz célszerű mellékelni a magyarországi biztosítási múltra vonatkozó dokumentumokat. E nyomtatvány pontatlan, hiányos kitöltése az igényelbírálást hátráltatja. A személyi adatokat nagybetűkkel kell feltüntetni, a kérdésekre a megfelelő adatok beírásával, illetőleg a megfelelő válasz „X” jelzéssel való megjelölésével kell válaszolni.

REQUESTED BENEFIT WIDOW'S WIDOWER'S PENSION / ÖZVEGYI NYUGDÍJ
IGÉNYELT ELLÁTÁS: ORPHAN'S ALLOWANCE / ÁRVAELLÁTÁS
 PARENTAL PENSION / SZÜLŐI NYUGDÍJ

1.	INFORMATION CONCERNING THE DECEASED INSURED PERSON AZ ELHUNYT BIZTOSÍTOTT SZEMÉLYRE VONATKOZÓ INFORMÁCIÓ
1.1	SURNAME / CSALÁDI NÉV: _____
1.2	FORENAME / UTÓNÉV: _____
1.3	SURNAME AND FORENAME AT BIRTH SZÜLETÉSKORI CSALÁDI ÉS UTÓNÉV: _____
1.4	PREVIOUS SURNAME AND FORENAME ELŐZŐ CSALÁDI ÉS UTÓNÉV: _____
1.5	DATE OF BIRTH / SZÜLETÉSI IDŐ: YEAR/ÉV MONTH/HÓ DAY/NAP
1.6	PLACE OF BIRTH / SZÜLETÉSI HELY: _____
1.7	GENDER / NEM: <input type="checkbox"/> MALE / FÉRFI <input type="checkbox"/> FEMALE / NŐ
1.8	MOTHER'S SURNAME AND FORENAME AT BIRTH ANYJA SZÜLETÉSKORI CSALÁDI- ÉS UTÓNEVE: _____
1.9	NATIONALITY / ÁLLAMPOLGÁRSÁG: _____
1.10	HUNGARIAN INSURANCE NUMBER (TAJ) MAGYAR BIZTOSÍTÁSI SZÁM (TAJ): _ _ _ _ - _ _ _ - _ _ _ _
1.11	U.S. SOCIAL SECURITY NUMBER: AMERIKAI BIZTOSÍTÁSI SZÁM: _ _ _ - _ _ - _ _ _ _
1.11	ADDRESS / LAKCÍM: _____
1.12	MARITAL STATUS / CSALÁDI ÁLLAPOT: <input type="checkbox"/> SINGLE / EGYEDÜLÁLLÓ <input type="checkbox"/> COHABITING / ÉLETTÁRS <input type="checkbox"/> MARRIED/REGISTERED PARTNERSHIP (SAME SEX) / HÁZAS/BEJEGYZETT ÉLETTÁRS <input type="checkbox"/> SEPARATED / KÜLÖN ÉLŐ <input type="checkbox"/> WIDOWED / ÖZVEGY <input type="checkbox"/> DIVORCED / ELVÁLT <input type="checkbox"/> REMARRIED / ÚJRAHÁZASODOTT SINCE ÓTA (Y/É-M/H-D/N)
2.	INFORMATION CONCERNING THE DEATH AZ ELHALÁLOZÁS KÖRÜLMÉNYEIVEL KAPCSOLATOS ADATOK
2.1	THE DATE AND PLACE OF THE DEATH _____ (Y/É-M/H-D/N) A HALÁL IDŐPONTJA ÉS HELYE: _____
2.2	THE DEATH HAVE BEEN THE RESULT OF AN ACCIDENT AT WORK OR OF AN OCCUPATIONAL DISEASE AZ ELHALÁLOZÁS MUNKAHELYI BALESET VAGY FOGLAKOZÁSI MEGBETEGEDÉS KÖVETKEZMÉNYE: <input type="checkbox"/> NO / NEM <input type="checkbox"/> YES. THE NAME OF THE EMPLOYER / IGEN. A MUNKÁLTATÓ NEVE: _____
2.3	THE DEATH HAS BEEN CAUSED BY A THIRD PARTY. THE NAME AND THE ADDRESS OF THE PERSON. A HALÁLT EGY HARMADIK FÉL OKOZTA. NEVE ÉS CÍME: _____

**AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY BETWEEN THE UNITED STATES OF AMERICA AND HUNGARY
SZOCIÁLIS BIZTONSÁGRÓL SZÓLÓ EGYZEMÉNY AZ AMERIKAI EGYESÜLT ÁLLAMOK ÉS MAGYARORSZÁG KÖZÖTT**

2.4	IN THE CASE OF MISSING PERSON / ELTŰNT SZEMÉLY ESETÉN DATE AND PLACE OF MISSING OFFICIALLY RESUMED _____ (Y/É-M/H-D/N) AZ ELTŰNTNEK NYILVÁNÍTÁS IDŐPONTJA ÉS HELYE: _____
-----	---

3.	INFORMATION CONCERNING GAINFUL ACTIVITY AND BENEFITS KERESŐTEVÉKENYSÉGGEL ÉS ELLÁTÁSOK FOLYÓSÍTÁSÁVAL KAPCSOLATOS KÉRDÉSEK ON THE DATE OF DEATH THE INSURED PERSON / HALÁLAKOR A BIZTOSÍTOTT SZEMÉLY
3.1	<input type="checkbox"/> WAS STILL PURSUING GAINFUL ACTIVITY / KERESŐTEVÉKENYSÉGET FOLYTATOTT <input type="checkbox"/> NO LONGER PURSUED GAINFUL ACTIVITY / NEM FOLYTATOTT KERESŐTEVÉKENYSÉGET
3.2	<input type="checkbox"/> RECEIVED PENSION/BENEFIT / NYUGDÍJBAN/ELLÁTÁSBAN RÉSZESÜLT TYPE OF PENSION/BENEFIT / A NYUGDÍJ/ELLÁTÁS TÍPUSA: _____ PENSION/BENEFIT PAYMENT NUMBER / FOLYÓSÍTÁSI TÖRZSSZÁM _____ PAYING INSTITUTION, COUNTRY / FOLYÓSÍTÓ INTÉZMÉNY, ORSZÁG: _____ COMMENCEMENT DATE OF PAYMENT / A FOLYÓSÍTÁS KEZDŐ NAPJA: _____ (Y/É-M/H-D/N) END OF PAYMENT / A FOLYÓSÍTÁS VÉGDÁTUMA: _____ (Y/É-M/H-D/N) <input type="checkbox"/> DID NOT RECEIVE PENSION/BENEFIT / NEM RÉSZESÜLT NYUGDÍJBAN/ELLÁTÁSBAN.

4.	INFORMATION ON HUNGARIAN INSURANCE PERIODS MAGYARORSZÁGI BIZTOSÍTÁSBAN TÖLTÖTT IDŐK FELSOROLÁSA¹		
	PERIOD OF THE ACTIVITY (FROM-TO) A TEVÉKENYSÉG IDŐTARTAMA (TÓL-IG)	TYPE OF EMPLOYMENT/ACTIVITY MUNKAKÖR	NAME AND ADDRESS OF THE EMPLOYER MUNKÁLTATÓ NEVE, CÍME
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

¹ Only those service period shall be given which is not concerned with closed pension insurance reconciliation procedure or not settled in decision. Periods of employment not indicated in your employment book – including periods after June 30, 1992 – and periods when you served as a lawyer, self-employed person, member of an industrial or agricultural cooperative, or member - taking part in the common work - of the family of a member of an agricultural cooperative, member of a specialized cooperative, as well as every period that you request to have recognized as service time must be listed here. Your employment books, social insurance certificate, servant's license, journeyman's certificate, apprenticeship contract, document certifying time spent as an industrial apprentice skilled worker's certificate, service certificate, OMBI book, stamp sheet, insurance certification letter of appointment, etc. must be attached your possession and also employer's certification in the case of employment after June 30, 1992, etc.

In order for military (or civil) service times to be credited, you must attach documents, if in your possession, (or certified copies thereof) that provide evidence of: /
a) active or reserve service time as a member of the former armed forces or of an armed corps, or as a conscripted member of the former Hungarian Army (or the river fleet), professional military service time
b) your time spent in labour service of the National Defense and/or in captivity,
c) your time spent as a deportee
d) or your time spent abroad in the service of the "Levente" para military youth organization pursuant to Law No.II of 1939, if you were forced to leave the country against your will

Documents that must be accepted are a Soldier's Certificate and certificates issued by the Central Archives of the Ministry of Defense, the Recruiting Center or the National Representation of Hungarian Israelites (MIOKI). The service must be considered certified if evidence of it is provided by a discharge card, a soldier's pay book, a postcard from a military camp, certification of captivity or reliable testimony on the part of witnesses found by the applicant.

Kizárólag nyugdíjbiztosítási adategyeztetési eljárással le nem zárt, vagy szolgálati időt megállapító határozattal nem érintett időszakra vonatkozó adatokat kell megadni.

Itt kell felsorolni a munkaviszonyokat, az ügyvédként, egyéni vállalkozóként, társas vállalkozóként, őstermelőként, ipari és mezőgazdasági szövetkezeti tagként, mezőgazdasági szövetkezeti tag közös munkában részt vevő családtagjaként, szakszövetkezeti tagként eltöltött időket, valamint mindazokat az időtartamokat, amelyeket szolgálati időként elismerni kér. Amennyiben a feltüntetett adatokat, tényeket bizonyító okiratok, dokumentumok rendelkezésre állnak, azokat az igény elbírálásának meggyorsítása érdekében mellékelheti. Ezek lehetnek például: munkakönyv, társadalombiztosítási igazolvány, cselédkönyv, segédlevél, tanoncszerződés, iparitanuló-időt igazoló okmány, szakmunkás-bizonyítvány, szolgálati bizonyítvány, OMBI könyv, bélyeglap, biztosítási igazolvány, kinevezési irat stb., 1992. 07. 01-jétől munkáltatói igazolás a munkaviszony időtartamáról stb.

A szolgálati idő beszámítása érdekében mellékelheti azokat a magyarországi okmányokat (illetve azok hitelesített másolatát), amelyek bizonyítják:

- a volt fegyveres erők és a fegyveres testületek, valamint a volt honvédség (folyamórség) sorozott állományú tagjaként eltöltött első tényleges és tartalékos szolgálatának az idejét,
- a honvédelmi munkaszolgálatban, továbbá a hadifogságban töltött idejét,
- a deportálásban töltött idejét,
- az 1939. évi II. törvényen alapuló leventeszolgálatban külföldön töltött idejét, ha akarata ellenére kényszerítették az ország területének az elhagyására.

Okmányként kell elfogadni a Katonai Igazolványt, a HM Központi Irattár- a Kiegészítő parancsnokság-, a Magyar Izraeliták Országos Képviselő (MIOKI) által kiadott igazolást. Bizonyítottnak kell tekinteni, ha a szolgálatot leszerelő jegy, zsoldkönyv, tábori levelezőlap, hadifogság-igazolás, vagy az igénylő által felkutatott tanúk hitel érdemlő nyilatkozata tanúsítja.

**AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY BETWEEN THE UNITED STATES OF AMERICA AND HUNGARY
SZOCIÁLIS BIZTONSÁGRÓL SZÓLÓ EGYZEMÉNY AZ AMERIKAI EGYESÜLT ÁLLAMOK ÉS MAGYARORSZÁG KÖZÖTT**

5.	INFORMATION ON HIGHER EDUCATION FELSŐFOKÚ TANULMÁNYOKKAL KAPCSOLATOS KÉRDÉSEK
5.1	<p>DID THE DECEASED INSURED PERSON EVER ATTEND A FULL-TIME COURSE OF STUDY IN A UNIVERSITY OR COLLEGE? / AZ ELHUNYT NAPPALI KÉPZÉS KERETÉBEN EGYETEMI, FŐISKOLAI TANULMÁNYOKAT FOLYTATOTT-E?</p> <p><input type="checkbox"/> NO / NEM</p> <p><input type="checkbox"/> YES. PLEASE INDICATE THE COUNTRY, THE EDUCATION INSTITUTION, THE FACULTY AND THE PERIOD IGEN. MELYIK INTÉZMÉNYBEN, MELY ORSZÁGBAN, MILYEN KARON/SZAKON ÉS MIKORTÓL-MEDDIG?²</p> <p>_____</p> <p>_____ (Y/É-M/H-D/N)</p>
5.2	<p>DID THE DECEASED PERSON PAY PENSION CONTRIBUTIONS FOR THE EDUCATIONAL PERIOD AFTER 1 JANUARY 1998? IN HUNGARY / 1998. JANUÁR 1. UTÁNI TANULMÁNYOK IDEJÉRE NYUGDÍJBIZTOSÍTÁSI JÁRULÉKOT MAGYARORSZÁGON AZ ELHUNYT MEGFIZETTE?</p> <p><input type="checkbox"/> NO / NEM</p> <p><input type="checkbox"/> YES / IGEN</p>

6.	INFORMATION ON HUNGARIAN UNPAID LEAVE MAGYARORSZÁGI FIZETÉS NÉLKÜLI SZABADSÁGGAL KAPCSOLATOS KÉRDÉSEK
6.1	<p>HAS THE DECEASED INSURED PERSON EVER BEEN ON UNPAID LEAVE IN HUNGARY? (E.G. CHILD-CARE ASSISTANCE, CARING FOR A CHILD BETWEEN 3 AND 10 YEARS OF AGE) / MAGYARORSZÁGON FIZETÉS NÉLKÜLI SZABADSÁGON VOLT-E AZ ELHUNYT? (PÉLDÁUL: GYERMEKGONDOZÁSI SEGÉLY, 3-10 ÉVES GYERMEK ÁPOLÁSA.)</p> <p><input type="checkbox"/> NO / NEM</p> <p><input type="checkbox"/> YES. PLEASE INDICATE THE REASON AND PERIOD / IGEN. MILYEN JOGCÍMEN, MIKORTÓL-MEDDIG?</p> <p>_____ (Y/É-M/H-D/N)</p>
6.2	<p>IN THE CASE OF UNPAID LEAVE FOR CONSTRUCTING ONE'S OWN HOME OR CARING FOR A SICK RELATIVE AT HOME DID THE DECEASED INSURED PERSON PAY PENSION CONTRIBUTION? / A FIZETÉS NÉLKÜLI SZABADSÁG IDEJÉRE – HA AZT SAJÁT HÁZ ÉPÍTÉSE, VAGY KÖZELI HOZZÁTARTOZÓ ÁPOLÁSA JOGCÍMEN VETTE IGÉNYBE – AZ ELHUNYT A NYUGDÍJJÁRULÉKOT MEGFIZETTE?</p> <p><input type="checkbox"/> NO / NEM</p> <p><input type="checkbox"/> YES. PLEASE INDICATE THE PERIOD AND THE SOCIAL INSURANCE INSTITUTION TO WHICH THE DECEASED PERSON HAVE PAID CONTRIBUTIONS / IGEN. MIKORTÓL-MEDDIG, MELYIK TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁSI SZERVHEZ</p> <p>_____ (Y/É-M/H-D/N)</p>
6.3	<p>HAVE THE DECEASED PERSON EVER BEEN ON UNPAID LEAVE TO ACCOMPANY A SPOUSE PERFORMING SERVICES OR WORKING PERMANENTLY ABROAD UNDER A PERMIT DATED PRIOR TO MARCH 1, 1992 AND DID THE DECEASED INSURED PERSON PAY THE PENSION CONTRIBUTION IN HUNGARY? / AZ ELHUNYT 1992. MÁRCIUS 1-JÉT MEGELŐZŐ ENGEDÉLY ALAPJÁN TARTÓSAN KÜLFÖLDÖN SZOLGÁLATOT TELJESÍTŐ, VAGY MUNKÁT VÁLLALÓ SZEMÉLY HÁZASTÁRSÁKÉNT, KÜLFÖLDRE TÖRTÉNŐ UTAZÁS CÍMÉN FIZETÉS NÉLKÜLI SZABADSÁGON VOLT-E, ÉS ENNEK IDŐTARTAMÁRA MAGYARORSZÁGON NYUGDÍJJÁRULÉKOT FIZETETT-E?</p> <p><input type="checkbox"/> NO / NEM</p> <p><input type="checkbox"/> YES. PLEASE INDICATE THE PERIOD AND THE SOCIAL INSURANCE INSTITUTION TO WHICH THE DECEASED PERSON HAVE PAID CONTRIBUTIONS / IGEN. MIKORTÓL-MEDDIG, MELYIK TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁSI SZERVHEZ</p> <p>_____ (Y/É-M/H-D/N)</p>

7.	INFORMATION ON VOLUNTARY CONTRIBUTION PAYMENT IN HUNGARY MAGYARORSZÁGI ÖNKÉNTES JÁRULÉKFIZETÉssel KAPCSOLATOS KÉRDÉSEK
	<p>HAVE THE DECEASED INSURED PERSON ENTERED INTO AN AGREEMENT CONCERNING SERVICE TIME IN HUNGARY? AZ ELHUNYT MAGYARORSZÁGON SZOLGÁLATI IDŐ SZERZÉSE CÉLJÁBÓL KÖTÖTT-E MEGÁLLAPODÁST?</p> <p><input type="checkbox"/> NO / NEM</p> <p><input type="checkbox"/> YES. PLEASE INDICATE THE PERIOD AND THE SOCIAL INSURANCE INSTITUTION TO WHICH THE DECEASED PERSON HAVE PAID CONTRIBUTIONS / IGEN. MIKORTÓL-MEDDIG, MELYIK TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁSI SZERVHEZ</p> <p>_____ (Y/É-M/H-D/N)</p>

² The registration book or a university or college certificate attesting to the period of study could be attached to fasten the procedure.

A tanulmányi időt bizonyító leckönyvet vagy egyetemi, főiskolai igazolást az igény elbírálásának meggyorsítása érdekében mellékelheti.

AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY BETWEEN THE UNITED STATES OF AMERICA AND HUNGARY
SZOCIÁLIS BIZTONSÁGRÓL SZÓLÓ EGYZMÉNY AZ AMERIKAI EGYESÜLT ÁLLAMOK ÉS MAGYARORSZÁG KÖZÖTT

8.	INFORMATION ON MEMBERSHIP IN HUNGARIAN PRIVATE PENSION FUND MAGYARORSZÁGI MAGÁNNYUGDÍJ-PÉNZTÁRI TAGSÁGGAL KAPCSOLATOS KÉRDÉSEK	<p>WAS THE DECEASED PERSON MEMBER OF A HUNGARIAN PRIVATE PENSION FUND? AZ ELHUNYT SZEMÉLY MAGYAR MAGÁNNYUGDÍJ-PÉNZTÁRNAK TAGJA VOLT?</p> <p><input type="checkbox"/> NO / NEM</p> <p><input type="checkbox"/> YES. PLEASE INDICATE THE NAME, THE ADDRESS AND THE PERIOD OF THE PENSION FUND / IGEN. KÉRJÜK, KÖZÖLJE A MAGÁNNYUGDÍJ-PÉNZTÁR NEVÉT, CÍMÉT ÉS A TAGSÁG IDŐTARTAMÁT</p> <p style="text-align: right;">_____ (Y/É-M/H-D/N)</p>
9.	INFORMATION CONCERNING THE CLAIMANT AZ IGÉNYLŐRE VONATKOZÓ INFORMÁCIÓ	<p>THE CLAIMANT IS THE INSURED PERSON'S / AZ IGÉNYLŐ A BIZTOSÍTOTT SZEMÉLY</p> <p><input type="checkbox"/> SPOUSE/REGISTERED PARTNER (SAME SEX) / HÁZASTÁRSA/BEJEGYZETT ÉLETTÁRSA</p> <p><input type="checkbox"/> DIVORCED SPOUSE/REGISTERED PARTNER (SAME SEX) / ELVÁLT HÁZASTÁRSA/BEJEGYZETT ÉLETTÁRSA</p> <p><input type="checkbox"/> SEPARATED SPOUSE/REGISTERED PARTNER (SAME SEX) / KÜLÖNÉLŐ HÁZASTÁRSA/BEJEGYZETT ÉLETTÁRSA</p> <p><input type="checkbox"/> COHABITING / ÉLETTÁRSA</p> <p><input type="checkbox"/> CHILD / GYERMEKE <input type="checkbox"/> OWN /SAJÁT <input type="checkbox"/> NURSING / NEVELT <input type="checkbox"/> ADOPTED / ÖRÖKBEFOGADOTT</p> <p><input type="checkbox"/> GRANDCHILD / UNOKÁJA</p> <p><input type="checkbox"/> PARENT / SZÜLŐJE</p> <p><input type="checkbox"/> GRAND PARENT / NAGYSZÜLŐJE</p>
9.1	SURNAME / CSALÁDI NÉV:	_____
9.2	FORENAME / UTÓNÉV:	_____
9.3	SURNAME AND FORENAME AT BIRTH SZÜLETÉSKORI CSALÁDI ÉS UTÓNÉV:	_____
9.4	PREVIOUS SURNAME AND FORENAME ELŐZŐ CSALÁDI ÉS UTÓNÉV:	_____
9.5	DATE OF BIRTH / SZÜLETÉSI IDŐ:	____ YEAR/ÉV ____ MONTH/HÓ ____ DAY/NAP
9.6	PLACE OF BIRTH / SZÜLETÉSI HELY	_____
9.7	GENDER / NEM:	<input type="checkbox"/> MALE / FÉRFI <input type="checkbox"/> FEMALE / NŐ
9.8	MOTHER'S SURNAME AND FORENAME AT BIRTH ANYJA SZÜLETÉSKORI CSALÁDI- ÉS UTÓNEVE:	_____
9.9	NATIONALITY / ÁLLAMPOLGÁRSÁG:	_____
9.10	HUNGARIAN INSURANCE NUMBER (TAJ) MAGYAR BIZTOSÍTÁSI SZÁM (TAJ):	- -
9.11	U.S. SOCIAL SECURITY NUMBER: AMERIKAI BIZTOSÍTÁSI SZÁM:	____ - ____ - ____
9.12	DO YOU HAVE CHANGED WORKING CAPACITY? / MEGVÁLTOZOTT MUNKAKÉPESSÉGŰ ÖN?	<p><input type="checkbox"/> NO / NEM</p> <p><input type="checkbox"/> YES (THE MEDICAL REPORT SHOULD BE ATTACHED) / IGEN (ORVOSI SZAKVÉLEMÉNY CSATOLANDÓ)</p>
9.13	DO YOU RECEIVE PENSION/BENEFIT / NYUGDÍJBAN/ELLÁTÁSBAN RÉSZESÜL?	<p><input type="checkbox"/> NO / NEM</p> <p><input type="checkbox"/> YES / IGEN</p> <p>TYPE OF PENSION/BENEFIT / A NYUGDÍJ/ELLÁTÁS TÍPUSA _____</p> <p>PENSION/BENEFIT PAYMENT NUMBER / FOLYÓSÍTÁSI TÖRZSSZÁM _____</p> <p>PAYMENT INSTITUTION / FOLYÓSÍTÓ INTÉZMÉNY: _____</p> <p>COMMENCEMENT DATE OF PAYMENT / A FOLYÓSÍTÁS KEZDŐ NAPJA: _____ (Y/É-M/H-D/N)</p> <p>END DATE OF PAYMENT / A FOLYÓSÍTÁS VÉGDÁTUMA _____ (Y/É-M/H-D/N)</p> <p><input type="checkbox"/> THE AWARDING OF THE PENSION/BENEFIT IS IN PROGRESS A NYUGDÍJ/ELLÁTÁS MEGÁLLAPÍTÁSA FOLYAMATBAN VAN</p>

AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY BETWEEN THE UNITED STATES OF AMERICA AND HUNGARY
SZOCIÁLIS BIZTONSÁGRÓL SZÓLÓ EGYZMÉNY AZ AMERIKAI EGYESÜLT ÁLLAMOK ÉS MAGYARORSZÁG KÖZÖTT

10.	THE CLAIMANT'S CONTACT DETAILS AZ IGÉNYLŐ ELÉRHETŐSÉGI ADATAI	
10.1	ADDRESS /LAKCÍM:	_____
10.2	PHONE NUMBER / TELEFONSZÁM:	_____
10.3	E-MAIL ADDRESS / E-MAIL CÍM:	_____

11.	INFORMATION CONCERNING THE WIDOW'S/WIDOWER'S PENSION AZ ÖZVEGYI NYUGDÍJRA VONATKOZÓ ADATOK	
11.1	DATE AND PLACE OF MARRIAGE/ REGISTERED PARTNERSHIP A HÁZASSÁGKÖTÉS/BEJEGYZETT ÉLETTÁRSI KAPCSOLAT LÉTREJÖTTÉNEK HELYE ÉS IDŐPONTJA:	_____ (Y/É-M/H-D/N)
11.2	STARTING DATE OF COHABITING / AZ EGYÜTTÉLÉS KEZDETE:	_____ (Y/É-M/H-D/N)
11.3	DATE OF SEPARATION / A KÜLÖNÉLÉS KEZDETE:	_____ (Y/É-M/H-D/N)
11.4	DATE OF DIVORCE / A VÁLÁS IDŐPONTJA:	_____ (Y/É-M/H-D/N)
11.5	THE WIDOW(ER) / AZ ÖZVEGY <input type="checkbox"/> IS RAISING A CHILD / GYERMEKET NEVEL <input type="checkbox"/> IS NOT RAISING A CHILD / NEM NEVEL GYERMEKET	
11.6	IN CASE OF THE CLAIMANT'S PREGNANCY THE EXPECTED DATE OF THE BIRTH / AMENNYIBEN AZ IGÉNYLŐ GYERMEKET VÁR, A SZÜLÉS VÁRHATÓ IDŐPONTJA:	_____ (Y/É-M/H-D/N)

12.	INFORMATION CONCERNING THE ORPHAN'S ALLOWANCE AZ ÁRVAELLÁTÁSRA VONATKOZÓ ADATOK	
12.1	DOES THE ORPHAN STUDY IN FULL-TIME EDUCATION? FOLYTAT-E AZ ÁRVA NAPPALI KÉPZÉS KERETÉBEN TANULMÁNYOKAT? <input type="checkbox"/> YES (CERTIFICATE OF SCHOOL ATTENDANCE SHOULD BE ATTACHED IF THE ORPHAN IS ABOVE 16 YEARS OF AGE) / IGEN (16 ÉLETÉVNÉL IDŐSEBB ÁRVA ESETÉN AZ ISKOLALÁTOGATÁSI IGAZOLÁS CSATOLANDÓ) <input type="checkbox"/> NO / NEM	
12.2	DID BOTH PARENTS OF THE ORPHAN DIE? / AZ ÁRVA MINDKÉT SZÜLŐJE MEGHALT? <input type="checkbox"/> YES (BOTH OF THE DEATH CERTIFICATE SHOULD BE ATTACHED) / IGEN (MINDKÉT SZÜLŐ HALOTTI ANYAKÖNYVI KIVONATA CSATOLANDÓ) <input type="checkbox"/> NO / NEM	

13.	INFORMATION CONCERNING PARENTAL PENSION A SZÜLŐI NYUGDÍJRA VONATKOZÓ ADATOK	
13.1	THE CLAIMANT WAS SUPPORTED FOR THE MOST PART BY THE INSURED PERSON IN THE YEAR BEFORE THE DEATH? / A BIZTOSÍTOTT SZEMÉLY AZ IGÉNYLŐT A HALÁLÁT MEGELŐZŐ EGY ÉVEN ÁT TÚLNYOMÓ RÉSZBEN ELTARTOTTA? <input type="checkbox"/> YES / IGEN <input type="checkbox"/> NO / NEM	

AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY BETWEEN THE UNITED STATES OF AMERICA AND HUNGARY
SZOCIÁLIS BIZTONSÁGRÓL SZÓLÓ EGYEZMÉNY AZ AMERIKAI EGYESÜLT ÁLLAMOK ÉS MAGYARORSZÁG KÖZÖTT

I DECLARE, THAT ALL THE INFORMATION PROVIDED BY ME IS TRUE AND CORRECT. I UNDERSTAND THAT I AM OBLIGED TO PAY DAMAGES RESULTING FROM THE SUPPLYING OF FALSE DATA. I FURTHER UNDERSTAND THAT I AM OBLIGED TO INFORM THE INSTITUTION ASSESSING THE CLAIM OF ANY CHANGE OF CIRCUMSTANCES WITHIN 8 DAYS. ANYAGI FELELŐSSÉGEM TUDATÁBAN KIJELENTEM, HOGY A KÉRDÉSEKRE ADOTT VÁLASZOK A VALÓSÁGNAK MEGFELELNEK. TUDOMÁSUL VESZEM, HOGY A VALÓTLAN ADATSZOLGÁLTATÁSBÓL EREDŐ KÁRT KÖTELES VAGYOK MEGTÉRÍTENI. TUDOMÁSUL VESZEM TOVÁBBÁ, HOGY AZ ADATOKBAN BEKÖVETKEZŐ BÁRMILYEN VÁLTOZÁST KÖTELES VAGYOK AZ IGÉNYT ELBÍRÁLÓ SZERVNEK 8 NAPON BELÜL BEJELENTENI.

DATE / DÁTUM: _____

SIGNATURE OF THE CLAIMANT / AZ IGÉNYLŐ ALÁÍRÁSA: _____