**Kérem, olvassa el a Tájékoztatót! A Bejelentő lapot nyomtatott nagybetűkkel kell kitölteni!**
Az olvashatóan kitöltött nyomtatványt, a **magyarországi lakóhely** (illetve lakcímkártyán szereplő érvényes tartózkodási hely) szerint illetékes **kormányhivatal egészségbiztosítási fő/osztályához** kell benyújtani, Budapest és Pest megye esetében a XIII. Kerületi Hivatalhoz (Teve u. 1/a-c)

## EGYÉNI BEJELENTÉS ALAPJÁN EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSRA JOGOSULT SZEMÉLYEK
# BEJELENTŐ LAPJA

| Jogosultság jogcíme | Munkaképesség-változása egészségkárosodásának mértéke eléri az 50, ill. 40 %-ot | a reá irányadó nyugdíjkorhatárt betöltötte |
|---|---|---|
| * | ☐ | ☐ |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **A jogosult Társadalombiztosítási Azonosító Jele** | | | | | | | | | | | | |
| **A jogosult vezetékneve** | | | | | | | | | | | | |
| **A jogosult utónevei** | | | | | | | | | | | | |
| **Születési vezeték és utóneve** | | | | | | | | | | | | |
| **Anyja vezeték és utóneve** | | | | | | | | | | | | |
| **Születési helye/helység, város** | | | | | | | | | | | | |
| **Születési ideje** | | | | | | | **év** | | | **hó** | | **nap** |
| **Állampolgársága** | | | | | | | | | | | | |
| ***Neme** | | | | | | **férfi** | | | **nő** | | | |
| **Lakóhelye** | **irányítószám** | | | | | **település** | | | | | | |
| **utca** | | | | | **házszám** | | | **emelet, ajtó** | | | | |
| **Tartózkodási helye** | **irányítószám** | | | | | **település** | | | | | | |
| **utca** | | | | | **házszám** | | | **emelet, ajtó** | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Dátum:** | | | | | | | **év** | | | **hó** | | **nap** |

**Jogosult aláírása**

_____

**Hivatal tölti ki!**

A Bejelentő lap kiállítása a bemutatott
_____ számú személyi igazolvány
_____ számú útlevél
_____ számú tartózkodási engedély / letelepedési / bevándorlási
_____ számú lakcímkártya
_____ számú *orvosszakértői szerv szakvéleménye / szakhatósági állásfoglalás*
_____ számú nyilatkozat
_____ számú egyéb okirat alapján történt

**Az adatok valódiságát ellenőriztem:**

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Iktatószám, dátum:** | | | | | | | **év** | | | **hó** | | **nap** |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Jogosultság kezdete:** | | | | | | | **év** | | | **hó** | | **nap** |
| **Jogosultság megszűnése:** | | | | | | | **év** | | | **hó** | | **nap** |

**Ügyintéző aláírása**

PH.

***A megfelelő rovatba tegyen X-t!**

# TÁJÉKOZTATÓ

A társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvény (továbbiakban: Tbj.) III. fejezete tartalmazza a társadalombiztosítás ellátásait és az ellátásokra jogosultak körét.
A Tbj. 16. § felsorolja az egészségügyi szolgáltatásra jogosultság jogcímeit, amely egyben jogosultsági sorrendet is jelent.

Az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultságot, a jogosultságot megalapozó ellátást folyósító szerv bejelentése alapján történő nyilvántartás biztosítja.
Annak érdekében, hogy **e „Bejelentő lapon" szereplő jogviszonyok is bekerüljenek a nyilvántartásba, a jogviszony bejelentését az érintett személynek (egyénileg) kell teljesítenie.**

Az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultság alapjául **az egészségbiztosítási szervhez történő belföldi személy bejelentése szolgál**, amely alapján a Bejelentett Személyek Jogviszony adatait tartalmazó nyilvántartásban rögzítésre kerül **e jogosultságát megalapozó jogviszony**.
**A bejelentését** az NEAK által rendszeresített, kitöltött **nyomtatványon,** az abban felsorolt **dokumentumokkal** (igazolások, okmányok) **együtt a lakóhely** (tartózkodási hely) **szerint illetékes megyeszékhelyen működő járási hivatal egészségbiztosítási pénztári feladatkörében eljáró főosztályához** kell benyújtania (Budapesten a XIII. kerületi járási hivatalhoz), amely történhet személyesen, vagy meghatalmazott útján, illetve postai úton.

Amennyiben a bejelentését postai úton küldi meg, úgy szíveskedjen a „Bejelentő lap" mellé, a személyazonosító adatait tartalmazó okmányait és a jogosultságát igazoló dokumentumokat (okmányokat, igazolást) másolatban csatolni.

A Tbj. 16. § (1) bekezdés értelmében egészségügyi szolgáltatásra jogosultak közül a következőkben felsorolt belföldi személyek teljesíthetik a bejelentést, egyénileg ezen a Bejelentő lapon az egészségügyi szolgáltatásra jogosultságot megalapozó jogviszony igazolása és a nyilatkozat benyújtása mellett:

> A **megváltozott munkaképességű személy, amennyiben munkaképesség-változásának mértéke az 50 százalékot eléri,** illetve **az egészségkárosodást szenvedett személy, amennyiben az egészségkárosodásának mértéke a 40 százalékot eléri és az illetékes hatóság erre vonatkozó igazolásával** (o*rvosszakértői szerv szakvéleménye / szakhatósági állásfoglalás*) **rendelkezik.**
> Mindkét esetben a jogosultság kezdő napja a bejelentés napja, illetve a jogosultságot megalapozó munkaképesség-változás, vagy az egészségkárosodás igazolt kezdő napja. Munkaképesség-változás esetén az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultság legkorábban **2007. április 01. napjától**, egészségkárosodás esetén **2008. január 01. napjától** állhat fenn.
> Újabb „igazolás" hiányában a jogviszony az igazolásban foglalt esedékes felülvizsgálat hónapjának utolsó napjával megszűnik. További 45 napig az egészségügyi szolgáltató felé jogosultként szerepeltetjük.
>
> Az a személy, **aki a reá irányadó nyugdíjkorhatárt betöltötte, és a jövedelme nem éri el a minimálbér 30 százalékát, és** erről a tényről (1. számú nyilatkozaton) nyilatkozik.

**Budapest, 2017. január**

**Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő**

(1. számú)

# NYILATKOZAT

## a reá irányadó nyugdíjkorhatárt betöltött személy részéről

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **A jogosult Társadalombiztosítási Azonosító Jele** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **A jogosult vezetékneve** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **A jogosult utónevei** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Születési vezeték és utóneve** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Anyja vezeték és utóneve** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Születési helye** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Születési ideje** | | | | | | | | | **év** | | | **hó** | | | **nap** | |
| **Lakóhelye** | **irányítószám** | | | | | **település** | | | | | | | | | | |
| **utca** | | | | | | | **házszám** | | | **emelet, ajtó** | | | | | | |
| **Tartózkodási helye** | **irányítószám** | | | | | **település** | | | | | | | | | | |
| **utca** | | | | | | | **házszám** | | | **emelet, ajtó** | | | | | | |

Alulírott anyagi és büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a belföldről, illetve külföldről származó **jövedelmem …….. év ……. hónap …… napjától nem éri el** a tárgyhónapot megelőző hónap első napján érvényes minimálbér 30 százalékát**.**

Amennyiben a jövedelmem **az említett összeghatárt meghaladja, azt a változást követő 15 napon belül az illetékes járási hivatal egészségbiztosítási pénztári feladatkörében eljáró főosztályához bejelentem.**

**……., …….év …….hónap …….nap.**

**……**
**aláírás**