

## NYILATKOZAT

a komplex minősítéshez

### Figyelemfelhívás!

Figyelem! A NYILATKOZAT-ban adott válaszait a szakértői vizsgálat és a véleményezés folyamán felhasználjuk, mivel az abban foglaltak jelentősen segíthetik az Ön megváltozott munkaképességére vonatkozó döntést. Kérjük, hogy mielőtt kitöltené a NYILATKOZAT-ot,

- olvassa el figyelmesen,
- olvashatóan, lehetőleg nyomtatott betűkkel írjon, ezzel megkönnyíti a bizottság munkáját.

### I. Személyes adatok

1. Családi és utóneve: .....

Születési családi és utóneve: .....

Születési helye: .....

Születési ideje: .....

Anyja születési családi és utóneve: .....

2. Lakcíme: ..... irányítószám ..... település ..... közterület neve ..... jellege ..... szám ..... emelet ..... ajtó.

3. Tartózkodási helyének címe<sup>1</sup>: ..... irányítószám ..... település ..... közterület neve ..... jellege ..... szám ..... emelet ..... ajtó.

4. Társadalombiztosítási azonosító jele: □□□□□□□□

5. Elérhetőségei: telefonszám: .....

fax szám: .....

e-mail cím: .....

### II. Ellátásokkal kapcsolatos kérdések

1. Részesül-e jelenleg táppénzes ellátásban?  Igen  Nem  
**Ha igen,** várhatóan meddig? □□□□év □□hó □□nap
2. Rendelkezik-e rendszeres jövedelemmel, pénzellátással?  Igen  Nem  
**Ha igen,** milyen típusú jövedelemmel? .....
3. Részesült-e az elmúlt két évben szociális ellátásban?  Igen  Nem  
**Ha igen,** milyen szociális ellátásban? .....
4. Részesül-e jelenleg is szociális ellátásban?  Igen  Nem  
**Ha igen,** milyen szociális ellátásban? .....

### III. Egészségi állapottal kapcsolatos adatok

1. Megváltozott munkaképességének oka (több választ is megjelölhet):
  - baleset
  - betegség
  - veleszületett

<sup>1</sup> Akkor kell kitölteni, ha nem egyezik meg a lakcímével.

2. Hány éve vannak egészségi problémái? .....

3. Jelenleg áll-e valamilyen kezelés alatt?  Igen  Nem

**Ha igen**, jelölje meg az alábbiak közül (több választ is megjelölhet):

- gyógyszerkúra
- fizioterápia
- sugárkezelés
- pszichiátriai kezelés
- egyéb

4. Rendelkezik-e előjegyzéssel hosszabb kórházi kezelésre, illetve szerepel-e várólistán műtéti beavatkozás elvégzéséhez?  Igen  Nem

**Ha igen**, kérjük nevezze azt meg:

.....

#### **IV. A mindennapi életvitellel kapcsolatos kérdések**

1. Képes-e önállóan ellátni magát?  Igen  Nem

2. Amennyiben **nem**, úgy jelölje azokat a tevékenységeket, amelyeket **nem képes** önállóan ellátni:

- öltözködés
- tisztálkodás
- étkezés
- háztartási munka
- bevásárlás
- közlekedés gyalog
- közlekedés járművel

3. Mely közlekedési eszközöket képes önállóan is igénybe venni:

- gépkocsi
- autóbusz
- vonat
- metró/HÉV
- kerékpár

4. Van-e érvényes jogosítványa?  Van  Nincs

5. Amennyiben a gyalogos közlekedésben akadályozott, milyen - orvos által javasolt és felírt - segédeszközt használ?

- (tám)bot
- ortopédcipő
- könyökmankó
- hónaljmanó
- ortézis
- protézis
- kerekesszék

#### **V. Munkavégzéssel kapcsolatos adatok**

##### ***Képesítések és munkatapasztalat***

1. Legmagasabb iskolai végzettsége

- nincs
- 1-4 osztály
- 5-8 osztály

- 9-12 osztály  
 felsőfokú  
Megszerzés éve: □□□□

## 2. Szakképesítése

**Ha van,** sorolja fel a szakképesítéseit (szakképzettségeit), megszerzésük évét és azt az időtartamot, ameddig gyakorolta!

Megnevezése: .....

Megszerzés éve: □□□□

Időtartam: .....

Megnevezése: .....

Megszerzés éve: □□□□

Időtartam: .....

Megnevezése: .....

Megszerzés éve: □□□□

Időtartam: .....

## ***Egyéb képzések, tanfolyami végzettségek***

1. Rendelkezik-e egyéb képzéssel vagy tanfolyami végzettséggel?  Igen  Nem

**Ha igen,** sorolja fel egyéb képzéseit, tanfolyamait, megszerzésük évét és azt az időtartamot, ameddig azokat gyakorolta!

Megnevezése: .....

Megszerzés éve: □□□□

Időtartam: .....

Megnevezése: .....

Megszerzés éve: □□□□

Időtartam: .....

Megnevezése: .....

Megszerzés éve: □□□□

Időtartam: .....

## ***Idegen nyelv ismeretek***

1. Van idegen nyelv ismerete?  Igen  Nem

Sorolja fel az Ön által ismert idegen nyelveket és azok szintjét!

Nyelv: .....

Szint(fok):  alap  közép  felső

Nyelv: .....

Szint(fok):  alap  közép  felső

Nyelv: .....

Szint(fok):  alap  közép  felső

1. Számítógépes ismerete (felhasználói):  Van  Nincs

2. Szaktudása(i) amiről nincs képesítése: .....

3. Jelenleg részt vesz-e valamilyen képzésben?  Igen  Nem

Nevezze meg a képzést: .....

A képzés befejezésének várható időpontja: □□□□év □□hó □□nap

### ***Betöltött munkakörei és időtartamuk***

1. Sorolja fel azokat a jelentősebb munkaköröket, és azok időtartamát (években kifejezve) amelyekben eddig dolgozott, valamint jelölje meg, hogy véleménye szerint az adott munkakört a jelenlegi egészségi állapotában – legalább napi 4 órában – is el tudná-e látni!

Munkakör megnevezése:.....

Az adott munkakörben eltöltött évek száma: ..... év

Jelenleg is el tudná látni az adott munkakört? .....

Munkakör megnevezése:.....

Az adott munkakörben eltöltött évek száma: ..... év

Jelenleg is el tudná látni az adott munkakört? .....

Munkakör megnevezése:.....

Az adott munkakörben eltöltött évek száma: ..... év

Jelenleg is el tudná látni az adott munkakört? .....

Munkakör megnevezése:.....

Az adott munkakörben eltöltött évek száma: ..... év

Jelenleg is el tudná látni az adott munkakört? .....

Munkakör megnevezése:.....

Az adott munkakörben eltöltött évek száma: ..... év

Jelenleg is el tudná látni az adott munkakört? .....

### ***Jelenlegi munkára vonatkozó adatok***

1. Jelenleg foglalkoztatott?  Igen  Nem

Az alábbi kérdésekre akkor kell válaszolnia, ha jelenleg **dolgozik**.

1. Jelenlegi kereső tevékenységének jellege:

- egyéni vállalkozó
- társas vállalkozó
- munkavállaló (munkaviszony, köztisztviselő, közalkalmazott, egyéb)
- egyszerűsített foglalkoztatás keretében (alkalmi munka, mezőgazdasági vagy turisztikai idénymunka)
- őstermelő
- egyéb

Ha Ön az „**egyéni vállalkozó**” vagy a „**társas vállalkozó**” megjelölést választotta, kérjük válaszoljon a következő kérdésre:

A vállalkozáson belül munkavégzésre kötelezett-e?  Igen  Nem

Ha Ön az „**egyéb**” megjelölést választotta, kérjük fejtse ki:

1. Milyen munkaidőben foglalkoztatott (kérjük, jelölje meg a megfelelő választ)?

- teljes munkaidőben (napi 8 óra)
- részmunkaidőben

Részmunkaidő (napi):  óra

2. Jelenlegi munkahelyének neve:

.....  
Címe:.....irányítószám.....település.....közterület neve .....  
jellege.....szám .....emelet.....ajtó.  
Munkakörének megnevezése: .....

Az alábbi kérdésre akkor kell válaszolnia, ha jelenleg **nem dolgozik**.

1. Mióta nem áll munkaviszonyban? év hó nap

2. Szed-e olyan gyógyszert, részesül-e olyan gyógykezelésben, vagy használ-e olyan gyógyászati segédeszközt, implantátumot, amely véleménye szerint befolyásolja munkavégzését (pl. munkaidő kiesést jelent, vagy szabályozza az étkezés rendjét, stb):  Igen  Nem

**Amennyiben igen**, sorolja fel azokat:.....  
.....

3. A továbbiakban el tudja-e látni jelenlegi munkakörét?  Igen  Nem

**Amennyiben nem**, sorolja fel indokait: .....

4. Milyen feltételeket tart szükségesnek a foglalkoztatásához (többet is választhat)?

- rövidebb munkaidő
- csak bedolgozás vagy távmunka
- lakáshoz közeli munkahely
- új szakképesítés megszerzése átképzéssel
- betanítás egy eddig nem gyakorolt munkavégzésre
- gyakorlatszerzési lehetőség egy meglévő, de nem gyakorolt szakmához
- akadálymentes munkakörnyezet

## VI. Záradék

**A fenti személyes, valamint a bizottság rendelkezésére álló egészségügyi és egyéb adataim kezeléséhez, felhasználásához** egészségkárosodásom felmérése és megváltozott munkaképességem meghatározása érdekében **hozzájárulok**.

Kelt: ....., 20 \_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
kérelmező/meghatalmazott/gondnok aláírása