

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
*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A jogosult Társadalombiztosítási Azonosító Jele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

A jogosult vezetékneve															
A jogosult utónevei															
Születési vezeték és utóneve															
Anyja vezeték és utóneve															
Születési helye/helység, város															
Születési ideje	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	év	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	hó	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	nap
Állampolgársága															
*Neme	<input type="checkbox"/>	férfi		<input type="checkbox"/>	nő										
Lakóhelye	irányítószám	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	település										
utca					házsám	<input type="text"/>	emelet, ajtó	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
Tartózkodási helye	irányítószám	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	település										
utca					házsám	<input type="text"/>	emelet, ajtó	<input type="text"/>	<input type="text"/>						

Dátum:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	év	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	hó	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	nap
Jogosult aláírása	<hr/>														

Hivatal tölti ki!

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

Az adatok valódiságát ellenőriztem:

Iktatószám, dátum:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	év	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	hó	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	nap
--------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	-----

Jogosultság kezdete:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	év	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	hó	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	nap
Jogosultság megszűnése:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	év	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	hó	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	nap

Ügyintéző aláírása	<hr/>														
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 (egyénilag) 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) **szertint illetékes megyeszékhelyen működő járási hivatal egészségbiztosítási pénztári feladatkörében eljáró főosztályához** kell benyújtania (Budapestben 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, egyénilag 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 (orvosszakértői 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 szerepel-tetjük.

Az a személy, aki a reá irányadó nyugdíjkorhatárt betöltötte, és a jövedelme nem éri el a minimál-bér 30 százalékát, és erről a tényről (1. számú nyilatkozaton) nyilatkozik.

Budapest, 2017. január

Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő

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.

.....,évhónapnap.

.....
aláírás