

## Közlekedési kedvezmények iránti kérelem

Név:.....  
Születési hely, idő:.....  
Anyja neve:.....  
Lakcím:.....

Kérem, hogy a mozgáskorlátozott személyek közlekedési támogatásának rendszeréről szóló 164/1995./XII.27./ Korm. rendelet 2. §-a szerinti

- I. a./ szerzési támogatást  
b./ átalakítási támogatás  
c./ közlekedési támogatást  
megállapítani, valamint szíveskedjék.
- II. Kérem, hogy a .....számú.....keltű, szerzési támogatásra való jogosultságot megállapító határozatot szíveskedjék meghosszabbítani.

### Jelen kérelmemhez egyidejűleg csatolom:

- a./ háziorvos által kiállított orvosi szakvéleményt,  
b./ saját, valamint a velem egy háztartásban élő közeli hozzátartozóm jövedelemigazolását /előző évről szóló kereseti igazolás/  
c./ saját, illetve házastársam és gyermekem munkaviszonya, munkaviszony jellegű egyéb jogviszonya, tanulói, hallgatói jogviszonya fennállására vonatkozó igazolást.  
d./ kiskorú eltartása esetén anyakönyvi kivonat, illetve személyi lap másolatát.

### Szerzési és átalakítási támogatás esetén továbbá:

- e./ érvényes vezetői engedélyem /gépjárművezetői alkalmasságot megállapító szakvélemény/ másolatát,  
f./ a szállítást végző személy érvényes vezetői engedélyének másolatát,  
g./ a szállítást végző személy szállítást vállaló nyilatkozatát,  
h./ arra vonatkozó nyilatkozatot, hogy a jelen kérelem benyújtását megelőző 7 éven belül sem magam, sem házastársam vagy gyermekem nem részesült gépjárműszerzési, átalakítási támogatásban, illetve gépjármű-behozatali vámmentességben.

Alulírott hozzájárulok ahhoz, hogy személyes adataimat /gyermekem személyes adataimat a jogosultság megállapítása és teljesítése céljából kezeljék.

.....

.....  
kérelmező aláírása

## N y i l a t k o z a t

Kijelentem, hogy sem hozzátartozóm, sem magam mozgáskorlátozottságára való tekintettel  
hét éven belül személygépkocsit nem vásároltam.

Név, leánykori név:.....

Születési hely:.....

Születési idő:.....

Anyja neve:.....

....., .....év.....hó.....nap

.....  
aláírás

## N y i l a t k o z a t

Alulírott .....név..... szám  
alatti lakos kijelentem, hogy a módosított 1993. évi III. tv. szerinti ápolást, gondozást nyújtó  
/tartós bentlakásos intézmény/ és rehabilitációs intézményi ellátásban

részesülők\*                      nem részesülők\*

Fogyatékossági támogatásban      részesülők\*                      nem részesülők\*

200 .....hónap.....nap

.....  
súlyos mozgáskorlátozott vagy törvényes  
képviselőjének aláírása

A \*-al jelölt válaszokból a megfelelőt aláhúzással kell jelölni

2. számú melléklet a 164/1995. (XII. 27.) Korm. rendelethez

Nyilvántartási sz.:

**I. fokú orvosi szakvélemény**

Név:

Szül. év, hó, nap:

Lakcím:

sám alatti kérelmező szakorvosi vizsgálatát a következők szerint végeztük el:

Diagnózis: (latin és magyar megfelelője)

*Állapot leírása:* (magyar nyelven)

1. Jobb felső végtag
2. Bal felső végtag
3. Jobb alsó végtag
4. Bal alsó végtag
5. Törzs, gerincoszlop
6. Vázizomzat

Alkalmazott segédeszközök:

Közlekedőképesség minősítése (vizsgálat és szubjektív megítélés alapján):

*Életvitelszerűen ágyhoz kötött fekvőbeteg, és szállítása csak mentőjárművel biztosítható:* igen nem

a) járás:	képtelen(3)	súlyosan nehezített(2)	nehéz(1)	normál(0)
b) terhelhetőség:	képtelen(3)	súlyosan nehezített(2)	nehéz(1)	normál(0)
c) jármű haszn.: (tömegközleked.)	képtelen(3)	súlyosan nehezített(2)	nehéz(1)	normál(0)

Érvényes gépjárművezetői engedéllyel: rendelkezik nem rendelkezik

Állapota: végleges változhat, következő évben felülvizsgálandó

Állapota fennáll: év hó óta

Dátum:

P. H.

házi orvos/szakértő

P. H.

a munkahely azonosító bélyegzője

Alulírott hozzájárulok, hogy adataimat (gyermekem adatait) a szakvélemény kiállításához, illetve annak véleményezéséhez céljából kezeljék.

kérelmező

*Figyelem:* Ezen orvosi szakvéleményben szereplő adatok helyességéért a 164/1995. (XII. 27.) Korm. rendelet 20. § (5)-(7) bekezdései alapján a kiállító felel.

Jövedelemnyilatkozat

Személyi adatok:

1. Ellátást igénylő neve: \_\_\_\_\_

Leánykori név: \_\_\_\_\_

2. Az ellátást igénylő bejelentett lakóhelyének címe:

\_\_\_\_\_

3. Az ellátást igénylő tartózkodási helyének címe:

\_\_\_\_\_

4. Ha az ellátást igénylő nem cselekvőképes, a törvényes képviselő neve:

\_\_\_\_\_

5. A törvényes képviselő bejelentett lakóhelyének címe:

\_\_\_\_\_

6. Az igénylővel egy háztartásban élő közeli hozzátartozók száma: \_\_\_\_\_ fő.

7. A 6. pontban szereplő közeli hozzátartozók adatai:

Név:                      Születési hely:                      Születési idő:                      Anyja neve:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A kérelmező TAJ száma: \_\_\_\_\_

Adóazonosító jele: \_\_\_\_\_

Forintban

A jövedelem típusai	Kérelmező jövedelme	a)	b)	c)	d)	e)	f)	g)	Összesen
Munkaviszonyból, munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyból származó jövedelem táppénz									
Társas és egyéni vállalkozásból származó jövedelem									
Ingatlan, ingó vagyontárgyak értékesítéséből, vagyoni értékű jog átruházásából származó jövedelem									
Nyugellátás, baleseti nyugellátás egyéb nyugdíjszerű ellátások									
A gyermek ellátásához és gondozásához kapcsolódó támogatások (GYED, GYES, GYET, családi pótlék, gyermektartásdíj, stb.)									
Önkormányzati és munkügyi szervek által folyósított rendszeres pénzbeli ellátás (munkanélküli járadék, rendszeres szociális és nevelési segély, jövedelempótló támogatások stb.)									
Föld bérbeadásából származó jövedelem									
Egyéb, (pl. ösztöndíj, értékpapírból származó jövedelem, kis összegű kifizetések stb.)									
Összes bruttó jövedelem									
Személyi jövedelemadó vagy előleg összege									
Egészségbiztosítási és nyugdíjjárulék összege									
Munkavállalói járulék összege									
A család havi nettó jövedelme összesen /9-(10+11+12)/									

Egy főre jutó havi családi nettó jövedelem: ..... Ft/hó.

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a NYILATKOZAT-ban közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Tudomásul veszem, hogy a NYILAKOZAT-ban közölt adatok valódiságát a Szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 10. § /2/ bekezdése alapján az önkormányzat a fővárosi, a megyei APEH útján ellenőrizheti.

Gellénháza \_\_\_\_\_.

---

az ellátást igénylő, vagy  
Törvényes képviselőjének  
aláírása

---

házastárs /élettárs/ aláírása

---

*hozzátartozó aláírása*

---

*hozzátartozó aláírása*