

Nemzetközi öregségi nyugdíj és egyéb saját jogú ellátások iránti igény az Európai Unióban, Izlandon, Liechtensteinben, Norvégiában, Svájcban, Egyesült Királyságban szerzett szolgálati idő esetén

Az ügyfél azonosító adatai:

TAJ száma:* - -

Családi név:*

Utónév:*

Születési családi név:*

Utónév:*

Anyja születési családi neve:*

Utóneve:*

Születési helye:* Születési ideje:*

Lakóhelye:*

Irányítószám:* Település:*

Közterület neve:* Jellege:* Házsám:* Épület: Lépcsóház: Emelet: Ajtó:

Tartózkodási helye:

Irányítószám:* Település:*

Közterület neve:* Jellege:* Házsám:* Épület: Lépcsóház: Emelet: Ajtó:

Telefonszáma és/ vagy e-mail címe:

Képviselőre vonatkozó adatok:

Ha a kérelmet törvényes képviselőként, vagy meghatalmazottként nyújtja be, kérjük, válasszon az alábbi lehetőségek közül:*

az ügyfél gondnoka vagyok meghatalmazott vagyok

Gondnokként előterjesztett kérelem esetén csatolja a képviselési jogosultságot igazoló okiratot, ennek hiányában kérjük, közölje a gyámhivatal címét, és a gondnok kirendelő határozat számát.

Gyámhivatal címe:

Gondnok kirendelő határozat száma:

Meghatalmazottként benyújtott kérelem esetén a meghatalmazó:*

az ügyfél
 az ügyfél törvényes képviselője, azaz az ügyfél gondnoka

Aláírás:**

A " * " (csillaggal) jelölt mezők kitöltése kötelező!

Oldalszám: 13 / 1

A " ** " (csillaggal) jelölt mező kitöltése kötelező! Képviselő útján történő eljárás esetén az Aláírás mezőben a képviselőnek kell aláírni.

A törvényes képviselő azonosító adatai:

Akkor kell kitölteni, ha a kérelmet az ügyfél törvényes képviselője, vagy a törvényes képviselő meghatalmazottja nyújtja be.

Családi név:*

Utónév:*

Születési családi név:*

Utónév:*

Anyja születési családi neve:*

Utóneve:*

Születési helye:*

Születési ideje:*

Ha a törvényes képviselő és az ügyfél lakó- és tartózkodási helye eltérő, a törvényes képviselő lakóhelye:*

Irányítószám:*

Település:*

Közterület neve:*

Jellege:*

Házaszám:*

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

A törvényes képviselő tartózkodási helye:

Irányítószám:*

Település:*

Közterület neve:*

Jellege:*

Házaszám:*

Épület:

Lépcsőház:

Emelet:

Ajtó:

Telefonszáma és/ vagy e-mail címe:

Meghatalmazott azonosító adatai:

Akkor kell kitölteni, ha a kérelmet meghatalmazott nyújtja be.

Családi név:*

Utónév:*

Születési családi név:*

Utónév:*

Anyja születési családi neve:*

Utóneve:*

Születési helye:*

Születési ideje:*

Meghatalmazott esetén a közokiratban, vagy a teljes bizonyító erejű magánokiratban tett meghatalmazást csatolni kell. Ha a meghatalmazás a Rendelkezési Nyilvántartásban szerepel, a rendelkezési azonosítót kell közölni:

Tájékoztatjuk, hogy a megadott adatokat a nyugdíjbiztosítási igazgatási szervek közfeladatuk ellátása, jogszabályi kötelezettségeik teljesítése céljából, a jogszabályokban előírtaknak megfelelően kezelik. A nyugdíjbiztosítási igazgatási szervek adatkezeléséről szóló tájékoztató a Magyar Allamkincstár honlapján található.

Aláírás:**

A " * " (csillaggal) jelölt mezők kitöltése kötelező!

Oldalszám: 13 / 2

A " ** " (csillaggal) jelölt mező kitöltése kötelező! Képviselő útján történő eljárás esetén az Aláírás mezőben a képviselőnek kell aláírni.

I. AZ IGÉNYELT ELLÁTÁSRA ÉS A KÜLFÖLDI SZOLGÁLATI IDŐRE VONATKOZÓ ADATOK

Ez az űrlap azoknak a Magyarországon élő személyeknek az igénybejelentésére szolgál, akik Európai Unió tagállamban, Izlandon, Liechtensteinben, Norvégiában, Egyesült Királyságban, Svájcban szolgálati időt szereztek. A külföldön szerzett szolgálati időt igazoló dokumentumokat – amennyiben rendelkezésre állnak – szíveskedjen csatolni (pl. külföldi munkakönyv, munkaszerződés, más olyan külföldi igazolás, amely a külföldi munkaviszonyra vonatkozik)!

Jelölje meg, hogy mely EGT országban szerzett szolgálati időt!*

- | | | | | |
|---|--|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ausztria | <input type="checkbox"/> Észtország | <input type="checkbox"/> Írország | <input type="checkbox"/> Luxemburg | <input type="checkbox"/> Románia |
| <input type="checkbox"/> Belgium | <input type="checkbox"/> Finnország | <input type="checkbox"/> Izland | <input type="checkbox"/> Málta | <input type="checkbox"/> Spanyolország |
| <input type="checkbox"/> Bulgária | <input type="checkbox"/> Franciaország | <input type="checkbox"/> Lengyelország | <input type="checkbox"/> Németország | <input type="checkbox"/> Svédország |
| <input type="checkbox"/> Ciprus | <input type="checkbox"/> Görögország | <input type="checkbox"/> Lettország | <input type="checkbox"/> Norvégia | <input type="checkbox"/> Szlovákia |
| <input type="checkbox"/> Csehország | <input type="checkbox"/> Hollandia | <input type="checkbox"/> Liechtenstein | <input type="checkbox"/> Olaszország | <input type="checkbox"/> Szlovénia |
| <input type="checkbox"/> Dánia | <input type="checkbox"/> Horvátország | <input type="checkbox"/> Litvánia | <input type="checkbox"/> Portugália | <input type="checkbox"/> Svájc |
| <input type="checkbox"/> Egyesült Királyság | | | | |

Szerzett-e Magyarországon szolgálati időt? *

- igen nem

Kéri-e a magyar vagy a külföldi ellátás megállapításának elhalasztását?

- igen nem

Az az ország, amelyiktől az ellátás megállapításának elhalasztását kéri, a jelen igénybejelentésben tett nyilatkozata alapján nem állapítja meg az ellátást.

Nevezze meg, hogy mely országtól kéri az ellátás megállapításának az elhalasztását. *

II. A KÜLFÖLDI NYUGELLÁTÁS ELBÍRÁLÁSÁHOZ SZÜKSÉGES ADATOK

Mikortól kéri a külföldi nyugdíj megállapítását?

- a jogosultság megnyílásának lehető legkorábbi időpontjától
 a következő időponttól

Az igényelt külföldi öregségi nyugdíj típusa:

Az alábbi kérdések megválaszolása a külföldi nyugdíjbiztosítási szerv számára, illetve a külföldön szerzett szolgálati idő igazolása és a külföldi nyugdíj iránti kérelem elbírálása érdekében szükségesek.

Kérjük, szíveskedjen közölni a külföldi nyugdíjbiztosítási számát:*

Nevezze meg, melyik országban szerzett utoljára külföldi szolgálati időt.

Jelölje meg, melyik külföldi biztosítási rendszerhez tartozott utoljára!*

- általános, mindenre kötelező biztosítási rendszer
 speciális, meghatározott foglalkozás esetén kötelező biztosítási rendszer

Aláírás:**

A " * " (csillaggal) jelölt mezők kitöltése kötelező!

Oldalszám: 13 / 3

A " ** " (csillaggal) jelölt mező kitöltése kötelező! Képviselő útján történő eljárás esetén az Aláírás mezőben a képviselőnek kell aláírni.

Jelölje meg a külföldi speciális biztosítási rendszer típusát!

- vállalkozók biztosítási rendszere
 közszolgálati alkalmazottak biztosítási rendszere
 egészségügyi dolgozók biztosítási rendszere
 mezőgazdasági alkalmazottak biztosítási rendszere
 közlekedési dolgozók biztosítási rendszere
 művészeti tevékenységet végzők biztosítási rendszere
 egyéb biztosítási rendszer

Az utolsó külföldi nyugdíjbiztosítási szerv neve, címe:

Neve:

Ország:

Külföldi címadatok:

Az igénylő családi állapota

- egyedülálló elvált, vagy felbontotta bejegyzett élettársi kapcsolatát
 házas különélő
 bejegyzett élettársi kapcsolatban él özvegy
 élettársi kapcsolatban él

A családi állapot kezdete:

Az igénylőnek van gyermeke?

- van nincs

A gyermek neve

Viselt családi név

Utónév

Utónév 2

A gyermek születési ideje

A gyermek és az igénylő közötti kapcsolat típusa

- vér szerinti gyermek nevelésbe vett gyermek
 örökbefogadott gyermek nevelt gyermek

Jelenleg folytat-e keresőtevékenységet? *

- igen nem

A keresőtevékenység típusa

- alkalmazott önálló vállalkozó

Aláírás:**

A " * " (csillaggal) jelölt mezők kitöltése kötelező!

Oldalszám: 13 / 4

A " ** " (csillaggal) jelölt mező kitöltése kötelező! Képviselő útján történő eljárás esetén az Aláírás mezőben a képviselőnek kell aláírni.

A keresőtevékenység heti óráinak száma:

A keresőtevékenység vége:

Részesül-e jelenleg keresőtevékenységgel szerzett jövedelmen kívüli más rendszeres pénzellátásban?

igen nem

A jövedelem típusa

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> táppénz | <input type="checkbox"/> munkanélküliség esetén járó ellátás |
| <input type="checkbox"/> baleseti ellátás | <input type="checkbox"/> rokkantság esetén járó ellátás |
| <input type="checkbox"/> rehabilitációs támogatás | <input type="checkbox"/> öregségi nyugdíj |
| <input type="checkbox"/> családi ellátás | <input type="checkbox"/> hozzátartozói nyugdíj |
| <input type="checkbox"/> egyéb <input type="text"/> | |

A megállapító szerv neve

A folyósítás kezdő időpontja

A külföldi szolgálati idő szerzésének módja *

alkalmazottként önálló vállalkozóként egyéb jogcímen

A keresőtevékenység időtartama

-tól -ig

A foglalkoztató vagy vállalkozás neve

A foglalkoztató vagy vállalkozás címe

Nevezze meg, milyen egyéb jogcímen illeti meg a külföldi szolgálati idő!

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> helybenlakás alapján | <input type="radio"/> katonai szolgálat alapján |
| <input type="radio"/> gyereknevelés időtartama alapján | <input type="radio"/> képzés alapján |
| <input type="radio"/> anyaságra való tekintettel | <input type="radio"/> munkanélküliség esetén járó ellátás alapján |
| <input type="radio"/> önkéntes járulékfizetés alapján | <input type="radio"/> betegség esetén járó ellátás alapján |
| <input type="radio"/> egyéb ellátás vagy jogviszony alapján <input type="text"/> | |

Az egyéb jogcímen járó külföldi szolgálati idő időtartama

-tól -ig

A külföldön megállapításra kerülő ellátás folyósítását az alábbiak szerint kérem

- magyarországi pénzforgalmi szolgáltatónál vezetett fizetési számlára
 külföldi pénzforgalmi szolgáltatónál vezetett fizetési számlára
 egyéb módon (pl. csekk)

Aláírás:**

A " * " (csillaggal) jelölt mezők kitöltése kötelező!

Oldalszám: 13 / 5

A " ** " (csillaggal) jelölt mező kitöltése kötelező! Képviselő útján történő eljárás esetén az Aláírás mezőben a képviselőnek kell aláírni.

Ha a külföldi nyugdíjat egyéb módon kéri, akkor a külföldi nyugdíj kifizetésének a lehetőségeiről közvetlenül a külföldi nyugdíjszervvel egyeztessen.

A magyarországi pénzforgalmi szolgáltatónál vezetett nemzetközi fizetési számla száma (IBAN)

A magyarországi pénzforgalmi szolgáltató neve és címe

Ország

Irányítószám Település

Közterület neve Jellege Házszám Épület Lépcsőház Emelet Ajtó

A magyarországi pénzforgalmi szolgáltató BIC/SWIFT kódja

A magyarországi pénzforgalmi szolgáltatónál vezetett fizetési számla tulajdonosának a neve

A külföldi pénzforgalmi szolgáltatónál vezetett fizetési számla száma

A külföldi pénzforgalmi szolgáltató neve

A külföldi pénzforgalmi szolgáltató azonosító kódja lehet BIC/SWIFT kód, ausztrál bank esetén a 6 számjegyű „Bank State Branch number” (BSB), kanadai bank esetén az 5 számjegyű „Transit Number”, az Amerikai Egyesült Államok esetén pedig a 9 számjegyű „Routing Number” (RTN).

A külföldi pénzforgalmi szolgáltató azonosító kódja

A külföldi pénzforgalmi szolgáltatónál vezetett fizetési számla tulajdonosának a neve

III. A MAGYAR NYUGELLÁTÁS ELBÍRÁLÁSÁHOZ SZÜKSÉGES ADATOK

Milyen típusú magyar ellátást igényel?

- öregségi nyugdíj korhatár előtti ellátás
 öregségi nyugdíj folyósítás nélküli megállapítása átmeneti bányászjáradék
 nők kedvezményes öregségi nyugdíja táncművészeti életjáradék

Mikortól kéri a magyar nyugdíj megállapítását?

- a jogosultság megnyílásának lehető legkorábbi időpontjától a következő időponttól

Aláírás:**

A " * " (csillaggal) jelölt mezők kitöltése kötelező!

Oldalszám: 13 / 6

A " ** " (csillaggal) jelölt mező kitöltése kötelező! Képviselő útján történő eljárás esetén az Aláírás mezőben a képviselőnek kell aláírni.

Létesített-e magyar magánnyugdíjpénztári tagságot 2010. október 1-jét megelőzően? *

igen nem

Fennáll-e a 2010. október 1-jét megelőzően létesített magyar magánnyugdíjpénztári tagsága?

igen nem

A magánnyugdíjpénztár neve

A magánnyugdíjpénztár címe

Ha 2010. október 1-jét megelőzően magyar magánnyugdíjpénztár tagja volt, a magánnyugdíjpénztári tagsága a kötelező nyugdíjbiztosítási rendszerbe történő visszalépéssel szűnt-e meg?

igen nem

A magánnyugdíj-pénztári tagság megszűnésének időpontja

Részesül-e az alábbi ellátások valamelyikében Magyarországon vagy külföldön?

munkanélküliség esetén járó ellátás táppénz

Az ellátást megállapító szerv neve

A folyósítás megszűnésének várható időpontja

Biztosítási jogviszonya megszűnt? *

igen nem

A megszűnés időpontja

A fennálló biztosítási jogviszonya közszolgálati vagy azzal egy tekintet alá eső jogviszonynak minősül?

igen nem

Kérjük, jelölje meg a fennálló biztosítási jogviszonyának típusát!

- közalkalmazotti jogviszony
- egészségügyi szolgálati jogviszony
- rendvédelmi igazgatási szolgálati jogviszony
- honvédelmi alkalmazotti jogviszony
- kormányzati szolgálati jogviszony
- adó- és vámhatósági szolgálati jogviszony
- politikai szolgálati viszony
- biztos jogviszony
- köztisztviselőként vagy közszolgálati ügykezelőként közszolgálati jogviszony
- bírói szolgálati jogviszony
- igazságügyi alkalmazotti szolgálati viszony
- ügyészségi szolgálati viszony
- a rendvédelmi feladatokat ellátó szervek hivatásos állományának szolgálati jogviszonyáról szóló törvény szerinti hivatásos szolgálati jogviszony
- a Magyar Honvédséggel szerződéses vagy hivatásos szolgálati viszony

Aláírás:**

A " * " (csillaggal) jelölt mezők kitöltése kötelező!

Oldalszám: 13 / 7

A " ** " (csillaggal) jelölt mező kitöltése kötelező! Képviselő útján történő eljárás esetén az Aláírás mezőben a képviselőnek kell aláírni.

Állapítottak-e meg az Ön részére folyósítás nélkül megállapított vagy rögzített szolgálati nyugdíjat?

igen

nem

A folyósítás nélküli megállapítás vagy a rögzítés megállapításának időpontja

A megállapító fegyveres szerv neve:

IV. A MAGYAR NYUGDÍJBIZTOSÍTÁSI IGAZGATÁSI SZERV ÁLTAL KORÁBBAN HATÁROZATTAL VAGY EGYÉB IGAZOLÁSSAL EL NEM ISMERT MAGYAR SZOLGÁLATI IDŐRE VONATKOZÓ ADATOK

A foglalkoztató megnevezése

A foglalkoztató székhely címe:

Ország

Magyarország

Irányítószám

Település

Közterület neve

Jellege

Házzszám

Épület

Lépcsőház

Emelet

Ajtó

Tevékenység időtartama

-tól

-ig

Munkakör

Folytatott-e Magyarországon önálló tevékenységet (pl. egyéni vállalkozó, társas vállalkozás tagja, egyéni vagy társas vállalkozó segítő családtagja, egyéni gazdálkodó, szellemi szabadfoglalkozású, kisiparos, magánkereskedő, egyéb vállalkozás jellegű jogviszony, stb.)?

igen

nem

Vállalkozó neve, társas vállalkozás megnevezése

Aláírás:**

A " * " (csillaggal) jelölt mezők kitöltése kötelező!

Oldalszám: 13 / 8

A " ** " (csillaggal) jelölt mező kitöltése kötelező! Képviselő útján történő eljárás esetén az Aláírás mezőben a képviselőnek kell aláírni.

Vállalkozó, társas vállalkozás székhely címe:

Ország

Irányítószám Település

Közterület neve Jellege Házzám Épület Lépcsőház Emelet Ajtó

Vállalkozó, társas vállalkozás törzsszáma

Vállalkozó, társas vállalkozás adószáma

A vállalkozói tevékenység időtartama

 -tól -ig

Kíván-e egyéb magyar időszakot szolgálati időként elismertetni (pl. ápolási díj folyósításának időtartama, munkanélküli ellátás folyósításának időtartama, megállapodás alapján teljesített járulékfizetés időtartama, nappali tagozaton folytatott felsőfokú tanulmányok időtartama, sorkatonai szolgálat időtartama, stb.)?

igen nem

Az egyéb időszak megnevezése

Az egyéb időszak időtartama

 -tól -ig

Kíván-e biztosításban nem töltött időket megadni [pl. háztartásbeli, saját föld megművelése, fizetés nélküli szabadság (ennek okát is fel kell tüntetni), stb.]?

igen nem

A biztosítással nem fedezett időszak megnevezése

Amennyiben a megadott időszak fizetés nélküli szabadság, annak okát is tüntesse fel!

A biztosítással nem fedezett időszak időtartama

 -tól -ig

A nők kedvezményes öregségi nyugdíjának igényléséhez legyen szíves közölni, hogy saját háztartásában nevelt-e gyermeket!

igen nem

A gyermek neve

Viselt családi név Utónév Utónév 2

A gyermek születési ideje (év, hó, nap):

A gyermekhez fűződő családi kapcsolata

vér szerinti gyermek örökbefogadott gyermek nevelt gyermek

Aláírás:**

A " * " (csillaggal) jelölt mezők kitöltése kötelező!

Oldalszám: 13 / 9

A " ** " (csillaggal) jelölt mező kitöltése kötelező! Képviselő útján történő eljárás esetén az Aláírás mezőben a képviselőnek kell aláírni.

Gyermeke után terhességi-gyermekágyi segélyben, csecsemőgondozási díjban, gyermekgondozási díjban, gyermekgondozást segítő ellátásban, vagy örökbefogadói díjban részesült-e?

igen nem

Időtartama -tól -ig

Gyermeknevelési támogatásban részesült-e?

igen nem

Időtartama -tól -ig

Gyermeke súlyosan fogyatékosnak minősül-e?

igen nem

Gyermekeire tekintettel Magyarországon vagy külföldön ápolási díjban, gyermekek otthongondozási díjában részesült-e?

igen nem

Az ápolási díjra, gyermekek otthongondozási díjára való jogosultság időtartama

-tól -ig

Gyermeke ápolása címén 1998. január 1-je előtt igénybe vett-e fizetés nélküli szabadságot?

igen nem

Az 1998. január 1-je előtti fizetés nélküli szabadság jogosultsági időnek számít, ha azt háromévesnél – tartósan beteg vagy súlyosan fogyatékos gyermek esetén tizenkét évesnél – fiatalabb gyermek ápolása címén engedélyezték. Kérjük, csatolja a fizetés nélküli szabadság engedélyezéséről szóló dokumentumot!

Részesült-e nagyszülőként gyermekgondozási díjban vagy gyermekgondozást segítő ellátásban?

igen nem

A gyermek neve

Viselt családi név

Utónév

Utónév 2

A gyermek születési ideje (év, hó, nap)

Az ellátás időtartama -tól -ig

Dolgozott-e kerkedvezményre jogosító munkakörben Magyarországon vagy külföldön?

igen nem

Foglalkoztató megnevezése

Aláírás:**

A " * " (csillaggal) jelölt mezők kitöltése kötelező!

Oldalszám: 13 / 10

A " ** " (csillaggal) jelölt mező kitöltése kötelező! Képviselő útján történő eljárás esetén az Aláírás mezőben a képviselőnek kell aláírni.

Foglalkoztató székhely címe:

Ország

Írányítószám

Település

Közterület neve

Jellege

Házzszám

Épület

Lépcsőház

Emelet

Ajtó

A tevékenység időtartama

-tól

-ig

Munkakör**Bányavállalkozónál földalatti munkakörben legalább 25 év szolgálati időt szerzett-e?** igen nem**Bányavállalkozónál földalatti munkakörben legalább 5000 műszakot töltött-e?** igen nem**2012. január 1. előtt szénkülfejtéses bányatárság fizikai és termelésirányító (aknász, bányafelmérő, bányamester, bányatechnológus, mélyfúrás vezető, műszaki vezető, üzemeltetési művezető, karbantartó művezető, részlegvezető, szakvezető) munkaköreiben dolgozott-e?** igen nem**A kérelemhez kérjük, szíveskedjen csatolni a bányavállalkozó igazolását a földalatti munkakörben eltöltött szolgálati idejéről illetve a műszakok számáról, továbbá a biztosítási jogviszony megszüntetését igazoló okiratot!****A Magyar Nemzeti Balettnél, a Győri Balettnél, a Pécsi Balettnél, a Szegedi Kortárs Balettnél, a Magyar Állami Népi Együttesnél, a Magyar Nemzeti Táncegyüttesnél, a Duna Művészegyüttesnél és a Budapesti Operettszínháznál, vagy ezek jogelődjeinél magántáncosi, tánckari, vagy táncos szólista tevékenységet folytatott-e?** igen nem**A tevékenység időtartama**

-tól

-ig

A 2012. január 1-je előtt hatályos 5/1992. (I. 13.) Kormányrendelet alapján figyelembe vehető művészeti tevékenységet folytatott-e? igen nem**A 2012. január 1-je előtt hatályos 5/1992. (I. 13.) Kormányrendelet alapján művészeti tevékenységnek minősült**

- az operánál, színháznál és más hivatásos együttesnél tevékenységet folytató magánénekes, magántáncos, énekkari és tánckari tag, színművész;
- a hivatásos zenekarnál tevékenységet folytató fúvószenész;
- a kivételes fizikai erő kifejtést vagy pszichés koncentrációt igénylő cirkuszi műfajokban tevékenységet folytató hivatásos artista;
- az önálló művészeti tevékenységet folytató,
- felsőfokú szakirányú végzettséggel, vagy
- az 52 1822 02 OKJ számú énekes (klasszikus magánénekes vagy jazzénekes szakirány) szakképesítéssel, vagy
- az 54 1822 01 OKJ számú szórakoztató zenész I. tánczene-ének, rockzene-ének, népi-cigányzene-ének szakirány szakképesítéssel, vagy
- az Országos Filharmónia vagy az Országos Rendező Iroda által énekes kategóriában 1991. március 1-je előtt kiállított egyéni, hivatásos előadóművészi működési engedéllyel, vagy
- az Országos Filharmónia vagy a Magyar Zeneművészek és Táncművészek Szakszervezete által 1994. július 2-a előtt kiadott egyéni, hivatásos előadóművészi végzettséget tanúsító bizonyítvánnyal rendelkező énekes tevékenysége.

Aláírás:**

A " * " (csillaggal) jelölt mezők kitöltése kötelező!

Oldalszám: 13 / 11

A " ** " (csillaggal) jelölt mező kitöltése kötelező! Képviselő útján történő eljárás esetén az Aláírás mezőben a képviselőnek kell aláírni.

A művészeti tevékenység időtartama

-tól

-ig

Amennyiben a felsorolt művészeti tevékenységek valamelyikét folytatta, kérjük, szíveskedjen csatolni a magántáncosi vagy tánckari tagként, szólistaként eltöltött időről szóló igazolást!

V. A MAGYAR ELLÁTÁS FOLYÓSÍTÁSÁHOZ SZÜKSÉGES ADATOK

Az ellátás folyósításához szükséges adatok

Az ellátást

- belföldi pénzforgalmi szolgáltatónál vezetett fizetési számlára kérem folyósítani.
 postai címre kérem folyósítani.

A kérelmező a számla tulajdonosa?

- igen nem

A kérelmezőnek a fizetési számla felett van-e rendelkezési joga?

- van nincs

Ha a megjelölt számla felett nincs rendelkezési joga, az ellátást postai úton kell folyósítani.

A belföldi pénzforgalmi szolgáltatónál vezetett fizetési számla száma:*

Pénzforgalmi szolgáltató neve:

A folyósítást az alábbiak közül melyik címre kéri?

- lakóhely szerint
 tartózkodási hely szerint
 egyéb címre

Egyéb folyósítási cím

Ország

Magyarország

Irányítószám

Település

Közterület neve

Jellege

Házzám

Épület

Lépcsőház

Emelet

Ajtó

Munkabérből levonandó köztartozása, letiltása van-e?

- van nincs

Biztosítási jogviszonya megszűnése esetén a munkabérből levonandó köztartozásról, letiltásról szóló okiratot (a munkáltató által kiállított tartozásigazolást) mellékelni kell.

Aláírás:**

A " * " (csillaggal) jelölt mezők kitöltése kötelező!

Oldalszám: 13 / 12

A " ** " (csillaggal) jelölt mező kitöltése kötelező! Képviselő útján történő eljárás esetén az Aláírás mezőben a képviselőnek kell aláírni.

Egyéb megjegyzés:

Mellékelt iratok darabszáma:

Kijelentem, hogy az általam közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Kelt: _____, _____ (év) _____ (hó) _____ (nap)

Igénylő sajátkezű aláírása

Igényfelvevő neve, aláírása:

A nyomtatványt olvashatóan, nyomtatott nagybetűvel és arab számokkal kell kitölteni. A választ a megfelelő kockába írt X-szel kell megadni.

Az igénylő TAJ számának és aláírásának - az erre szolgáló rovatban - a nyomtatvány valamennyi oldalán szerepelnie kell.

Aláírás:**

A " * " (csillaggal) jelölt mezők kitöltése kötelező!

Oldalszám: 13 / 13

A " ** " (csillaggal) jelölt mező kitöltése kötelező! Képviselő útján történő eljárás esetén az Aláírás mezőben a képviselőnek kell aláírni.