

## Kérelem

**Súlyos mozgáskorlátozott személyek közlekedési kedvezményeinek igénybevételére**  
**A kérelmet a lakóhely (bejelentett állandó lakcím) szerint illetékes megyei, így Budapesten,**  
**Budapest Főváros Kormányhivatala Gyámügyi és Igazságügyi Főosztály**  
**Szociális és Gyámügy Osztályához kell benyújtani.**

Letölthető a nyomtatvány és a tájékoztató a <http://www.kormanyhivatal.hu/hu/budapest> „ajánlott oldalak” -ról.

**A kérelmező** (súlyos mozgáskorlátozott, illetve az egyéb fogyatékossgal élő személy) **neve:**

Születési neve: ..... **TAJ:** .....

**Anyja neve:**..... Születési hely és idő : .....

**Családi állapota:** hajadon / nőtlen / házas / házastársától külön él / élettárral él / elvált / özvegy /  
(A megfelelő választ húzza alá!)

**Bejelentett állandó lakóhelye:**..... Tel:.....

**Bejelentett tartózkodási helye:**..... Tel:.....

**Életvitelszerűen** ..... lakóhelyemen ..... VAGY ..... tartózkodási helyemen ..... **élek.**

**A kérelmező** (súlyos mozgáskorlátozott, illetve az egyéb fogyatékossgal élő személy):

A kérelem benyújtásának időpontjában

**Fogyatékosági támogatásban részesül-e** : ..... Igen / ..... Nem

Fogyatékosága miatt magasabb családi pótlékban részesül-e : ..... Igen / ..... Nem

- **súlyos fogyatékos személy** - ..... Igen - ..... Nem

**A megfelelő fogyatékoság aláhúzendő**

- mozgásszervi fogyatékos (e) / vagy - látási fogyatékos (a)
- hallás fogyatékos, (b) - értelmi fogyatékos, (c) - súlyos vagy középsúlyos autista (d)
- állapota kromoszóma-rendellenesség miatt súlyos vagy középsúlyosnak minősíthető, és állapota tartós, végleges- önálló életvitelre nem képes, vagy tartós segítségre szorul (h)
- halmozottan fogyatékos

- **18. év alatti gyermek esetén:**

**A megfelelő betegség aláhúzendő:**

- mozgásszervi fogyatékos **vagy**
- többszörös és összetett betegségben szenvedő gyermek vagy
- vak és gyengén látó, vagy - hallás fogyatékos
- súlyos halmozottan fogyatékos, (BNO kód F73), vagy - autista gyermek

- **A közlekedőképességében súlyosan akadályozott személy,** ..... igen - ..... nem

(akit a szakértői szerv közlekedőképességében súlyosan akadályozottnak minősít.)

**A kérelmező** (súlyos mozgáskorlátozott, illetve az egyéb fogyatékossgal élő személy) :

- kereső tevékenységet folytat, ..... igen - ..... nem
- tanulói, képzési jogviszonyban áll, ..... igen - ..... nem
- 14 éven aluli gyermeket egyedülállóként nevel, vagy ..... igen - ..... nem
- honvédelmi kötelezettség teljesítése során, azzal összefüggésben vált súlyos mozgáskorlátozottá. ....  
..... igen - ..... nem

(A kérelemhez mellékelni kell a fenti tényeket igazoló iratot – lásd .4. o.– melléklet szerint)

**Kérelmező érvényes vezetői engedéllyel rendelkezik-e:** ..... igen - ..... nem

(A megfelelő választ húzza alá!)

Kérelmező vezetői engedélyének száma, típusa, és érvényességi ideje: .....

**Gépkocsival rendelkezik** ..... **Igen (Típusa:** ..... **évjárata:** ..... )

- ..... **Nem**

Ha az **ellátást igénylő nem cselekvőképes,**  
a **TÖRVÉNYES KÉPVISELŐJÉNEK, vagy GONDNOKÁNAK** neve:.....  
A törvényes képviselő, gondnok bejelentett lakóhelyének címe:.....

**Átalakítási támogatás igénylése esetén:**

- gépjárművezetői alkalmasságát az átalakítás előírásokkal együtt, szakértői bizottság megállapította-e?
- A kérelem benyújtásának időpontjában rendelkezik-e szakértői bizottsági szakvéleménnyel  
Igen - Nem

**Szállítást vállaló:**

**Ha vezetői engedéllyel nem rendelkezik**

**a súlyos mozgáskorlátozott, illetve az egyéb fogyatékossgal élő kérelmező,**  
akkor a szállítását a vezetői engedéllyel rendelkező alábbi **hozzátartozója vállalja:**

**A szállítást végző személy, neve:** .....

Születési neve:.....

Anyja neve:..... Születési hely és idő : .....

*Bejelentett lakóhelye:* .....*Tel:*.....

*Bejelentett tartózkodási helye:*.....

**A kérelem benyújtásának időpontjában fennálló rokoni kapcsolat a**  
**szállítást vállaló és a kérelmező között:** .....

**A Rendelet alapján figyelembe vehető rokoni kapcsolatok:**

- A szállítást vállaló a kérelmezőnek a :- szülője / örökbefogadó- és nevelőszülője / házastársa /  
közjegyzőnél - élettársi nyilvántartásba **bejegyzett élettársa,****
- a súlyos mozgáskorlátozott személlyel a\_kérelem benyújtásának időpontjában legalább **egy éve közös háztartásban élő** vér szerinti, örökbefogadott és nevelt **gyermek**e, vagy **testvére**

*(A megfelelő választ húzza alá!)*

A szállítást vállaló személy vezetői engedély száma és érvényességi ideje:.....

-----  
A szállítást vállaló személy aláírása

**Amennyiben a kérelmező szállítását nem a felsorolt közeli hozzátartozó vállalja,**  
**további lehetőség a szállítás vállalására az önkéntes jogviszonyban végzett szállítás.**  
**Az önkéntes jogviszonynak a kérelem beadásakor fenn kell állnia.**

***Nyilatkozat***

A **szállítást vállaló** a közérdekű önkéntes tevékenységről szóló **2005. évi LXXXVIII. törvény** szerinti **önkéntes jogviszonyban végzi a szállítást:**

-----  
Szállítást vállaló személy

A szállítást vállaló személy vezetői engedély száma és érvényességi ideje:.....

**(A fogadó szervezettel kötött, Önkéntes szállításról szóló szerződést mellékelni kell a kérelemhez!**  
**Önkéntes Szervezetek Listája: <http://www.civil.info.hu/onkentesseg> honlapon megtekinthető, kereshető.)**

**Súlyos mozgáskorlátozott személy tölti ki:**

**Az alábbi közlekedési kedvezményeket igénylem:** *(megfelelőt kérjük aláhúzni)*

**Személygépkocsi szerzési támogatáson belül,**

(A-D lehetőségek közül, csak az egyiket jelölheti meg)

- A. Új járműnek minősülő személygépkocsi vásárláshoz  
( Jelenleg: **Suzuki Swift 1.2 GLX, Suzuki SX-4 - Cross**)
- B. legfeljebb öt éve forgalomba helyezett, használt személygépkocsi vásárlásához
- C. Három- vagy négykerekű segédmotoros kerékpárnak minősülő, három- vagy négykerekű jármű vásárlásához - kivéve: quad *(jogosítvány köteles)*
- D. Gépi meghajtású kerekesszék vásárlásához

**Személygépkocsi átalakítási támogatást.**

- Vezetést megkönnyítő átalakításhoz ( csak ha a kérelmezőnek van jogosítványa)  
vagy
- Szállítást megkönnyítő átalakításhoz (csak ha a kérelmezőnek nincs jogosítványa)

.....  
A súlyos mozgáskorlátozott / Törvényes képviselője és a szállítást vállaló aláírása

**Egyéb fogyatékossgal élő személy tölti ki:****Az alábbi közlekedési kedvezményeket igénylem:**

*(megfelelőt kérjük aláhúzni)*

**Személygépkocsi szerzési támogatást,**

- A. Új járműnek minősülő személygépkocsi vásárláshoz  
( Jelenleg: **Suzuki Swift 1.2 GLX, Suzuki SX-4 - Cross**)
- B. Legfeljebb öt éve forgalomba helyezett, használt személygépkocsi vásárlásához

.....  
**Egyéb fogyatékkal élő személy / Törvényes képviselője** a szállítást vállaló aláírása

**Amennyiben a gépkocsi szerzési támogatás megállapításra kerül, a támogatás összege csak a kölcsönszerződés megkötése után vehető igénybe.**

**Kérjük tájékozódjon a HITEL feltételeiről a Duna Lízing Zrt -nél. (Elérhetőség:5.old )**

**Duna Lízing Zrt. felé  
Nyilatkozat**

Hozzájárulok ahhoz, hogy az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény rendelkezéseinek megfelelően, a **Duna Lízing Zrt. (1013 Budapest, Krisztina krt. 32.)** által képviselt konzorcium a **jelen kérelmen rögzített adataimat a szerzési támogatással összefüggő információs bázisa megteremtéséhez, illetve fenntartásához felhasználja, reklám- és marketingakciókról szóló tájékoztatók megküldése érdekében kezelje és az ilyen jellegű tájékoztatókat címzett postai küldemény, elektronikus levelezés, vagy azzal egyenértékű kommunikációs eszköz (szórólap, címzett DM levél, eDM) útján részemre megküldje.**

**Az adatszolgáltatás önkéntes. Jelen hozzájáruló nyilatkozat bármikor, korlátozás és indokolás nélkül, ingyenesen visszavonható a Duna Lízing Zrt. felé küldött nyilatkozattal.**

.....  
Kérelmező

### I. Nyilatkozat

Alulírott, mint súlyosan mozgáskorlátozott, vagy egyéb fogyatékkal élő személy / szállítást vállaló személy kijelentem, hogy gépjárművezetéstől eltiltó jogerős bírói ítélet, vagy szabálysértési határozat hatálya alatt nem állok.

.....  
Kérelmező vagy törvényes képviselője **vagy** a szállítást vállaló aláírása

### II. Nyilatkozat

Alulírott, mint szállítást vállaló személy kijelentem, hogy a súlyos mozgáskorlátozott, illetve az egyéb fogyatékkal élő személy kérelmező személygépkocsival történő **szállítását vállalom.**

.....  
a szállítást vállaló aláírása

### III. Nyilatkozat

Alulírott, mint súlyosan mozgáskorlátozott, / egyéb fogyatékkal élő személy kijelentem, hogy 14 éven aluli gyermekemet egyedülállóként nevelem.

.....  
( Kérelmező vagy törvényes képviselője )

### IV. Nyilatkozat

Ezen kérelmet megelőzően saját, vagy más személy rá tekintettel, *súlyos mozgáskorlátozottak gépkocsi szerzési / átalakítási támogatásában*

részesültem ( ...../ dátum, mely megyében) - *soha nem részesültem*

(Jelölje meg a megfelelő választ és tüntesse fel az időpontot is!)

.....  
Kérelmező vagy törvényes képviselője **és** a szállítást vállaló aláírása

**Amennyiben a gépkocsi vásárlásához a szerzési támogatás megállapításra kerül, a támogatás összege csak a kölcsönszerződés megkötése után vehető igénybe.**

**Kérjük tájékozódjon a HITEL feltételeiről a Duna Lízinq Zrt -nél. (Elérhetőség:5.old )**

### V. Nyilatkozat

Új járműnek minősülő személygépkocsi, és újnak nem minősülő, de legfeljebb **öt éve forgalomba helyezett személygépkocsi vásárlása esetén**, a 9. § (1) bekezdés a) pontja szerinti

(a pályázati eljárás útján kiválasztott, finanszírozási tevékenységgel foglalkozó, a hitelintézetekről és a pénzügyi vállalkozásokról szóló 1996. évi CXII. törvény szerinti pénzügyi szolgáltatást nyújtó szervezettel (a továbbiakban: finanszírozó szervezet) kötött **kölcsönszerződés** keretében)

**kölcsönszerződés megkötését vállalom.**

.....  
Kérelmező vagy törvényes képviselője **és** a szállítást vállaló aláírása

**Tudomásul veszem**, hogy ha az érvényes vezetői engedély fénymásolatát, a tanulói, képzési jogviszony fennállását igazoló dokumentumot, a tartózkodási engedély másolatát vagy a Fot. szerinti fogyatékosági támogatás megállapításáról szóló hatósági határozatot nem mellékelem a kérelmemhez, kérelmemre, a hivatal adatszolgáltatási kérelemmel fordul az adatokról nyilvántartást vezető hatósághoz.

**Alulírott kijelentem, hogy a kérelemben közölt adatok mind a magam, mind családtagjaim, szállítást vállaló személy vonatkozásában a valóságnak megfelelnek. Adataink kezeléséhez hozzájárulok.**

**Budapest, .....**

.....  
Kérelmező  
törvényes képviselője **és** a szállítást vállaló aláírása

## **A kérelem benyújtásának határideje:**

**Tárgyév január 1- től – március 31. és április 1- től - szeptember 30-ig**

A kérelmet, a lakóhely **(azaz a bejelentett állandó lakcím)** szerint illetékes szociális hatóságként eljáró fővárosi és megyei Kormányhivatalhoz **kell benyújtani.**

**Budapesti bejelentett állandó lakcímmel rendelkező kérelmezők esetén:**

**Budapest Főváros Kormányhivatala Gyámügyi és Igazságügyi Főosztály**

**Szociális és Gyámügy Osztályához**

**1056 Budapest, Váci u. 62-64. – Levelezési cím: 1364 Bp. Pf. 234.**

Telefon: +36 (1) 896 -0468;

Ügyfélfogadás: 1035 Budapest, III. kerület, Váradi u. 15.

Hétfő: 13.00 órától - 16.00 óráig,

Szerda: 8. – 12. óra és 13. – 16. óra között.

E-mail: [gyamhivatal.budapest@bfkh.gov.hu](mailto:gyamhivatal.budapest@bfkh.gov.hu), Honlap: <http://www.kormanyhivatal.hu/hu/budapest> „ajánlott oldalak”

## **A kérelemhez mellékelni kell:**

- A Súlyos mozgáskorlátozottságot illetve egyéb fogyatékoság tényét igazoló iratokat

a. Fot. szerinti **fogyatékosági támogatás megállapításáról szóló hatósági határozat**, vagy a megállapítás alapjául szolgáló hatályos szakhatósági állásfoglalás, szakvélemény másolatát

Vagy

b. 18 év alatti **gyermek** esetén - hatályos igazolás másolatát - az 5/2003. (II. 19.) ESzCsM rendelethez **3. számú melléklet**, (lásd – 6. old. - minta)

Vagy

c. a **szakértői szerv** által a **közlekedőképesség minősítéséről** kiadott **hatályos szakvélemény másolatát**, ( **A szakértői szerv**, - a 95/2012. (V.15) Korm rendelet alapján, a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal / Budapest Főváros Kormányhivatala Rehabilitációs Szakigazgatási Szerve, **Budapest, Thököly u. 82.**) Jogelődjének az Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet minősül.

Vagy

d. súlyos mozgáskorlátozott személy közlekedőképességének minősítését elősegítő, rendelkezésre álló **orvosi dokumentációt és egyéb iratokat**, –**Háziorvosi szakvélemény NEM FOGADHATÓ EL**

Vagy

e. a **vakok személyi járadékának megállapításáról szóló hatósági határozat** vagy a vakok személyi járadékát kérelmező csökkentőt nyilvántartó lap másolatát

Vagy

f. Ha szükséges: A **szakértői szerv által kiadott hadieredetű fogatkozás** fennállását igazoló szakvélemény – jogelőd az **Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet**

## **ÉS:**

- **lakcímkártya másolat** (mozgáskorlátozott, és a szállítást vállaló személy részéről)
- **érvényes jogosítvány** fénymásolata szükséges (kérelmező vagy szállítást vállaló)
- **kereső tevékenység** folytatását igazoló dokumentumokat, (kérelmezőé)
- **tanulói, képzési jogviszony** fennállását igazoló dokumentumokat, (kérelmezőé)
- **Önkéntes Szállítást vállaló esetén\_ az Önkéntes szerződés fénymásolatát (Önkéntes Szervezetek Listája: <http://www.civil.info.hu/onkentesseg> honlapon megtekinthető)**
- **Közeli hozzátartozói igazolás, ha a személyi okmányokból nem egyértelműen megállapítható (házassági anyakönyvi kivonat, születési anyakönyvi kivonat)**

- **Vezetést könnyítő ÁTALAKÍTÁSI támogatás ESETÉN – segéd berendezés beszerelés esetére (pl: váltó)**

- a gépjárművezetői alkalmasságot tanúsító **szakvéleménynek a fénymásolata –**

(a gépjárművezetői alkalmasságot az átalakítás előírásával a **rehabilitációs szakigazgatási szerv**, a

**Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal** vagy jogelődje az **OOSZI, Szakértői Intézet** – **adja ki.**

- **Amennyiben a súlyos mozgáskorlátozott személy nem magyar állampolgár:**

- a tartózkodási engedély másolatát,
- a tartózkodás jogcímét igazoló egyéb iratokat,
- a rokoni kapcsolatot igazoló irat másolatát, amennyiben hozzátartozóként válik jogosulttá az ellátásra.

**Finanszírozó szerv: DUNA LÍZING ZRT, 1013 Budapest, Krisztina Krt. 32. 1.em**

**Kérjük tájékozódjon a HITEL feltételeiről a Duna Lízing Zrt -nél.**

Tájékoztatást, a **KÖLCSÖNSZERZŐDÉS FELTÉTELEIRŐL**, a 06 1 224-0760 vagy **Lehetőségautónál**, a gépkocsikról, a további paramétereikről, **hitel konstrukciókról**, költségekről, 06 30 7300-966, 06 30 7300-967, 06 30 7302-741 telefonszámokon vagy a [www.lehetosegauto.hu](http://www.lehetosegauto.hu) honlapon kaphatnak.

**Kérjük olvassa el a részletes tájékoztatót is.**

Letölthető a <http://www.kormanyhivatal.hu/hu/budapest>, **ajánlott oldalak** -ról.

## IGAZOLÁS

## tartósan beteg, illetőleg súlyosan fogyatékos gyermekről

Igénylő neve: .....	Szül.: ____ év ____ hó ____ nap
Lakcím: .....	TAJ-száma: ____ - ____ - ____
Gyermek TAJ-száma: ____ - ____ - ____	Szül.: ____ év ____ hó ____ nap

## I.

Szakorvos állítja ki!

Gyermek neve: .....
Anyja neve: .....
Igazolom, hogy a fent nevezett gyermek - tartós betegsége, illetve súlyos fogyatékosága miatt - a családok támogatásáról szóló 1998. évi LXXXIV. törvény 4. §-ának <i>fa</i> ) pontjában foglaltaknak megfelel.
<b>Diagnózis:</b> .....
<b>BNO</b>
<b>Betűjele*:</b> .....
<b>Számjele*:</b> .....
Fenti betegség, súlyos fogyatékoság a <b>kiállítás dátumát megelőzően legalább 2 hónapon keresztül</b> fennállt nem állt fenn.
- Következő felülvizsgálat időpontja: ____ év ____ hó ____ nap
- Az állapot véglegessége folytán rendszeres felülvizsgálat nem szükséges.
*P) betűjel esetén az <u>egyes betegségek/fogyatékoságok betűjelét és számjelét is</u> fel kell tüntetni. Amennyiben a betegség valamely fogyatékoságot is okoz, akkor a betegség és a fogyatékoság betű- és számjelét is fel kell tüntetni.
Kiállítás dátuma: .....
P. H.
..... szakorvos intézményi bélyegző helye

## II.

Szakorvos állítja ki!

Gyermek neve: .....
Anyja neve: .....
A fent nevezett gyermek - tartós betegség, illetve súlyos fogyatékoság hiányában - a családok támogatásáról szóló 1998. évi LXXXIV. törvény 4. §-ának <i>fa</i> ) pontjában foglaltaknak nem felel meg.
Kiállítás dátuma: .....
P. H.
..... szakorvos intézményi bélyegző helye

## III.

Szakorvos állítja ki!

Gyermek neve: .....
Anyja neve: .....
Igazolom, hogy a fent nevezett gyermek tartós betegsége, illetve súlyos fogyatékosága - állapotjavulás, illetve gyógyulás miatt - a kiállítás dátumától nem felel meg a családok támogatásáról szóló 1998. évi LXXXIV. törvény 4. §-ának <i>fa</i> ) pontjában foglalt feltételeknek.
Kiállítás dátuma: .....
P. H.
..... szakorvos intézményi bélyegző helye

## TÁJÉKOZTATÓ

Az igazolást gyermekklinika, gyermekszakkórház, kórházi gyermekosztály, szakambulancia, szakrendelés vagy szakgondozó szakorvosa (a továbbiakban: szakorvos) adja ki.

A szakorvos az igazolás I. pontját tölti ki

a) **első vizsgálat esetén**, amennyiben azt állapítja meg, hogy a gyermek - **tartós betegsége**, illetve **súlyos fogyatékosága** miatt - a családok támogatásáról szóló 1998. évi LXXXIV. törvény 4. § f) pont *fa*) alpontjában foglaltaknak megfelel, illetve

b) a **rendszeres felülvizsgálat esetén**, amennyiben azt állapítja meg, hogy a **gyermek állapotában nem állt be olyan kedvező változás** (javulás, gyógyulás), amelynek alapján a családi pótlékra jogosult a továbbiakban nem tarthat igényt a magasabb mértékű ellátásra.

A szakorvos az igazolás II. pontját tölti ki első vizsgálat esetén, amennyiben azt állapítja meg, hogy a gyermek - tartós betegség, illetve súlyos fogyatékoság hiányában - a családok támogatásáról szóló 1998. évi LXXXIV. törvény 4. § f) pont *fa*) alpontjában foglaltaknak nem felel meg.

A szakorvos az igazolás III. pontját tölti ki, ha a rendszeres felülvizsgálat alkalmával azt állapítja meg, hogy a gyermek állapotában olyan kedvező változás (javulás, gyógyulás) állott be, amelynek alapján a családi pótlékra jogosult a továbbiakban nem tarthat igényt a magasabb mértékű ellátásra.

Ezen igazolás egy példányát a családi pótlékra való igény bejelentését vagy - már folyósított családi pótlék esetén - az igazolás kiállítását követő 15 napon belül a családi pótlékot folyósító szervnél le kell adni. A családi pótlékot folyósító szerv az igazolás benyújtott példányát az ellátásról rendelkező határozatával együtt az igénylő számára visszaküldi. Felülvizsgálati kérelem esetén az igazolást az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat Országos Tisztifőorvosi Hivatalához - a felülvizsgálat kezdeményezésével egyidejűleg - be kell nyújtani.

Ha a szakorvos olyan igazolást állít ki, amelynek alapján az ellátást igénylő nem tarthat igényt, vagy a továbbiakban nem tarthat igényt a magasabb összegű családi pótlékra, az igénylő az igazolás kiadását követő 15 napon belül kezdeményezheti a szakvélemény felülvizsgálatát az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat Országos Tisztifőorvosi Hivatalánál.

A tartósan beteg, illetve súlyosan fogyatékos gyermek után járó magasabb összegű családi pótlék annak a hónapnak a végéig jár, ameddig a betegség, súlyos fogyatékoság fennállását igazolták.

Ha a tartósan beteg, illetve súlyosan fogyatékos gyermek után - állapotának javulása miatt - a magasabb összegű családi pótlék már nem jár, a magasabb összegű ellátásra való jogosultság megszűnését követő hónaptól a családi pótlékot új összeggel kell folyósítani, feltéve, hogy az ellátásra való jogosultság egyébként fennáll.