

- velem legalább 1 éve közös háztartásban élő súlyos mozgáskorlátozott személy (házastárs, élettárs, nagykorú gyermek) személygépkocsival történő szállítását vállalom:

.....
n é v

.....
hozzátartozó aláírása

ABBAN AZ ESETBEN KELL KITÖLTENI, HA KISKORÚ SZÁLLÍTÁSÁT VÁLLALJA A KÉRELMEZŐ!

- velem közös háztartásban élő 3. életévét betöltött súlyos mozgáskorlátozott kiskorú gyermekem személygépkocsival történő szállítását vállalom:

.....
szülő aláírása

Szállítást vállaló szülő adatai:

Név (születési név):

Születési hely, idő:

Anyja neve:

Lakcíme:

Tartózkodási címe:

- mint súlyos mozgáskorlátozott, illetve a szállításomat végző személy a kérelem benyújtását megelőző 7 éven belül saját, vagy más személy mozgáskorlátozottságára tekintettel nem részesültem:
- gépjármű szerzési támogatásban*,
 - átalakítási támogatásban*, valamint
 - gépjármű-behozatali vámmentességben*

** a megfelelőt kérem húzza alá*

- **A kérelmező illetve családja rendelkezik-e személygépkocsival?***

igen

nem

**a megfelelőt kérem húzza alá*

Ha igen, a személygépkocsi típusa:

évjárata:.....

állapota:.....

A személygépkocsit az alábbi célokra kívánom használni:

Munkahely:

Gyógykezelés:

Oktatási intézmény:

Egyéb:

A kérelemhez csatolom az alábbi dokumentumokat:

- mozgáskorlátozottság tényét igazoló orvosi szakvéleményt,
- saját, valamint a velem egy háztartásban élő közeli hozzátartozóim jövedelemigazolását (előző évi nettó jövedelem),
- érvényes vezetői engedélyem fénymásolatát,
- szállítást végző személy érvényes vezetői engedélyének másolatát (házastárs, szülő, gyermek)
- munkaviszony, tanulói jogviszony fennállására vonatkozó igazolást,
- eltartott személyi lapját, vagy születési anyakönyvi kivonatát.

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a kérelemben közölt adatok a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulok ahhoz, hogy Önkormányzata a benyújtott kérelemben feltüntetett személyes adataimat (gyermekeim adatait) az eljárás lefolytatása érdekében kezelje.

Dátum:

.....
kérelmező aláírása

Nyilvántartási szám:.....

**I. fokú orvosi szakvélemény
(Súlyos mozgáskorlátozott személyek közlekedési kedvezményeihez)**

Név:.....

Szül. év, hó, nap:.....

Lakcím:.....

szám 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

Állandó fennáll:.....év.....hó óta.

P.H.

Dátum:.....

.....
házi orvos/szakorvos

P.H.

.....
munkahely azonosító bélyegzője

Alulírott hozzájárulok, hogy adataimat (gyermekem adatait) a szakvélemény kiállítására, illetve annak véleményezése 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.

* A megfelelő válasz aláhúzendó