

**EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSRA
VALÓ JOGOSULTSÁG MEGSZÚNTETÉSE IRÁNTI
KÉRELEM**

Az egészségügyi szolgáltatásra jogosult adatai:

Név: a.n.:

Születési idő: TAJ szám:

Lakcím:

A megszüntetés iránti kérelem indoklása:

-a jogosult munkát vállalt. 20..... év hó napján

(Az erről szóló munkaszerződés másolatát kérelmemhez csatolom.)

-a jogosult iskolai tanulmányokat folytat. 20..... év hó napján

(Az erről szóló igazolást csatolom.)

-a jogosult egyéb rendszeres pénzellátásban részesül: 20..... év hó napján

(Nyugdíj, GYES, GYET, stb.) (Az erről szóló határozat másolatát csatolom.)

-a jogosult intézményi ellátott lett. 20..... év hó napján

(Az erről szóló dokumentum másolatát csatolom.)

egyéb:

Kelt: , 20

.....
bejelentő aláírása

A közigazgatási hatósági eljárás és szolgáltatás általános szabályairól szóló 2004. évi CXL. törvény (továbbiakban: Ket.) 6. § (1) bekezdése értelmében, az ügyfél a közigazgatási hatósági eljárásban köteles jóhiszeműen eljárni. Magatartása nem irányulhat a hatóság megtévesztésére, vagy a döntéshozatal, illetve a végrehajtás indokolatlan késleltetésére. A rosszhiszemű ügyfelet, a hatóság eljárási bírsággal sújthatja, és a többletköltségek megfizetésére kötelezheti. A Ket. 51. § (5) bekezdése értelmében az ügyfél vagy képviselője, ha más tudomása ellenére az ügy szempontjából jelentős valótlan tényt állít, illetve kötelező adatszolgáltatás körében adatszolgáltatási kötelezettségét nem teljesíti, az ügy eldöntése szempontjából jelentős tényt elhallgat, vagy valótlan adatot szolgáltat, eljárási bírsággal sújtható.

A kérelmező, illetve a családban/háztartásban lakó valamennyi érintettnek szükséges kitölteni az alábbi, rá vonatkozó nyilatkozatot/nyilatkozatokat.

NYILATKOZAT

(KÉRELMEZŐ, CSALÁDBAN/HÁZTARTÁSBAN LAKÓ HOZZÁTARTOZÓ)

Név: _____

Születési név: _____

Születési hely, idő: _____

Anyja neve: _____

TAJ száma: _____

Lakóhely: _____

Tartózkodási hely: _____

A kérelmezővel azonos lakcímen élő közeli hozzátartozókra vonatkozó adatok:

A	B	C	D	E
Név (ha eltérő, születési neve is)	Anyja neve	Születés helye, ideje (év, hó, nap)	Társadalom- biztosítási Azonosító Jele	18. életévét betöltött személy esetén azon oktatási intézmény megnevezése, ahol tanul

....., 20_____

Aláírás