Kérem, olvassa el a Tájékoztatót! A Bejelentő lapot nyomtatott nagybetűkkel kell kitölteni!
Az olvashatóan kitöltött nyomtatványt, a **magyarországi lakóhely** (illetve lakcímkártyán szereplő érvényes tartózkodási hely) szerint illetékes **kormányhivatal megyeszékhelyen működő járási hivatala egészségbiztosítási fő/osztályához** kell benyújtani, Budapest és Pest megye esetében a XIII. Kerületi Hivatalhoz (Teve u. 1/a-c)

BEJELENTŐ LAP
HAJLÉKTALAN SZEMÉLYEK BEJELENTÉSÉRE

Jelentés lap/oldal					
Jelentett személyek száma					

***Bejelentést teljesítő intézmény neve:**																		
***Bejelentő adószáma**										-		-						
Telefon száma																		
Székhely címe																		
út/tér/utca																		
házszám								**emelet, ajtó**										

Jogosultság jogcímkódja	**2**	**7**	**2**	**1**

***A bejelentett személy TAJ száma**				-				-				
Viselt vezetékneve												
Viselt utónevei												
***Születési vezeték és utóneve**												
***Anyja vezeték és utóneve**												
***Születési helye, ideje**									.	.		

***A bejelentett személy TAJ száma**				-				-				
Viselt vezetékneve												
Viselt utónevei												
***Születési vezeték és utóneve**												
***Anyja vezeték és utóneve**												
***Születési helye, ideje**									.	.		

***A bejelentett személy TAJ száma**				-				-				
Viselt vezetékneve												
Viselt utónevei												
***Születési vezeték és utóneve**												
***Anyja vezeték és utóneve**												
***Születési helye, ideje**									.	.		

***A bejelentett személy TAJ száma**				-				-				
Viselt vezetékneve												
Viselt utónevei												
***Születési vezeték és utóneve**												
***Anyja vezeték és utóneve**												
***Születési helye, ideje**									.	.		

***Bejelentés dátuma**					év			hó			nap	

P.H.

_____
aláírás

Az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultság a bejelentés napjától a bejelentés napját magában foglaló naptári hónapot követő hatodik naptári hónap utolsó napjáig áll fenn!
* Kötelezően kitöltendő mezők!

NEAK nyomtatvány - NYT.59