# KÉRELEM FOGYATÉKKAL ÉLŐ SZEMÉLYKÉNT A VÉDENDŐ FELHASZNÁLÓK NYILVÁNTARTÁSÁBA TÖRTÉNŐ FELVÉTEL/NYILVÁNTARTÁS MEGHOSSZABBÍTÁSA IRÁNT

1. **A FELHASZNÁLÓ TÖLTI KI**

A víziközmű-szolgáltató által kiállított számlán megjelölt felhasználási hely………………………………………………………………………………………………………………….

*a)* egyértelmű meghatározására alkalmas, a víziközmű-szolgáltatónál nyilvántartott azonosító: .....................................................................................................................................................................................

*b)* címe (irányítószám, település, utca/út/tér, házszám, lépcsőház, emelet, ajtó):…………………………………………………………………………………………………………………

A víziközmű-szolgáltató által kiállított számlán felhasználóként megjelölt személy

*a)* családi és utóneve: …………………………………..……………..…………………………………………………

*b)* születési neve: ………………………………………………….…………………………………………………

*c)* anyja neve: ………………………………………………………..………………………………………………

*d)* születési helye és ideje: …………………………………………..……………………………………………….

*e)* lakóhelye (irányítószám, település, utca/út/tér, házszám, lépcsőház, emelet, ajtó):…………………………………………………………………………………………………………………

*f)* víziközmű-szolgáltatás átmeneti üzemzavara (szolgáltatási szünet) esetén értesítendő személy családi és utóneve, értesítési címe (irányítószám, település, utca/út/tér, házszám, lépcsőház, emelet, ajtó), telefonszáma: ………………………………………………………………………………………………………………………

Ha a víziközmű-szolgáltató által kiállított számlán megjelölt személy nem saját jogán, hanem a vele egy háztartásban élő személyre tekintettel kéri védendő felhasználóként történő nyilvántartásba vételét (nyilvántartásba vételének meghosszabbítását), e személy

*a)* családi és utóneve: …………………………………………………………………………….…………………

*b)* születési neve: ……………………………………………………………………………………………………

*c)* anyja neve: ……………………………………….………………………………………………………………

*d)* születési helye és ideje: …………………………………………………….…………………………………….

*e)* lakóhelye (irányítószám, település, utca/út/tér, házszám, lépcsőház, emelet, ajtó):…………………………………………………………………………………………………………………

Az alábbi igazolások alapján kérem a víziközmű-szolgáltató

*a)* nyilvántartásába fogyatékkal élő (védendő) felhasználóként történő felvételem,

*b)* nyilvántartásában fogyatékkal élő (védendő) felhasználóként történő nyilvántartásom meghosszabbítását.

Nyilatkozom, hogy a fogyatékkal élő felhasználóként megjelölt személy háztartásában

*a)* van

*b)* nincs

olyan személy, aki nem minősül fogyatékkal élőnek.

Az alábbi típusú különleges bánásmód (bánásmódok) alkalmazását kérem a víziközmű-szolgáltatótól:

*a)* havi (időközi) mérőleolvasás a felhasználási helyen,

*b)* készpénzben történő számlakiegyenlítés a felhasználási helyen,

*c)* az általánostól eltérő, de a műszaki-biztonsági előírásoknak megfelelő mérőhely-kialakítás,

*d)* a számla értelmezéséhez a víziközmű-szolgáltató üzletszabályzata szerint nyújtott egyedi segítség, helyszíni számla magyarázat, számlafordíttatás,

*e)* egyéb szolgáltatás, éspedig:

Kelt:………………………………..

....................................................................
felhasználó/ eltartó aláírása

***B)* AZ IGAZGATÁSI SZERV TÖLTI KI**

Eljáró igazgatási szerv megnevezése: ……………………….………………………...…………………………….

Székhelye:...................................................................................................................................................................

A(z) .................................. számú határozat alapján igazolom, hogy

(név): ..........................................................................................................................................................................

(születési név): ............................................................................................................................................................

(anyja neve): ...............................................................................................................................................................

(születési helye és ideje): ............................................................................................................................................

(lakóhelye): .................................................................................................................................................................

felhasználó

*b)* a fenti felhasználóval egy háztartásban lakó

(név): ..........................................................................................................................................................................

(születési név): ............................................................................................................................................................

(anyja neve):................................................................................................................................................................

(születési helye és ideje):.............................................................................................................................................

(lakóhelye):..................................................................................................................................................................

személy

1. a fogyatékos személyek jogairól és esélyegyenlőségük biztosításáról szóló törvény szerinti fogyatékossági támogatásban részesül,

2. a vakok személyi járadékában részesül.

Ugyanazon felhasználónak egyidejűleg csak egy felhasználási hely tekintetében adható ki igazolás.

Ez az igazolás ....................................................... (cím) felhasználási helyen történő felhasználásra került kiadásra

Kelt:………………………………….

P. H.

............................................................
eljáró igazgatási szerv

***C)* A KEZELŐORVOS - ENNEK HIÁNYÁBAN A HÁZIORVOS - TÖLTI KI**

Orvos neve (egészségügyi szolgáltató megnevezése):………………………………………………….…………..

Orvos címe (egészségügyi szolgáltató székhelye):…………………………………………………………………………………………………………..

Orvos pecsétszáma (egészségügyi szolgáltató működési engedélyének száma):…………………………………………

Igazolom, hogy a víziközmű-szolgáltatásról szóló 2011. évi CCIX. törvény egyes rendelkezéseinek végrehajtásáról szóló 58/2013. (II. 27.) Korm. rendelet (a továbbiakban: Rendelet) 88/D. § (3) bekezdésében foglaltak alapján az igénylő vagy a vele közös háztartásban élő személy adatai és fogyatékosságának jellege a következő:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Név(születési név) |  Születési hely és idő |  Lakóhely |  Korlátozottság jellege\* |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |

\* Annak megjelölése, hogy a fogyatékkel élő felhasználó fogyatékossági támogatásban részesül-e, vagy a víziközmű-szolgáltatás felfüggesztése, korlátozása a lakossági felhasználó vagy a vele közös háztartásban élő személy életét vagy egészségét közvetlenül veszélyezteti-e.

A táblázatban fel kell tüntetni az igénylőt, akit a fogyatékossága okán különleges bánásmódban kell részesíteni a vízfelhasználás során.

Álláspontom szerint a fogyasztó tekintetében az alábbi típusú különleges bánásmód (bánásmódok) alkalmazása lehet indokolt:

*a)* havi (időközi) mérőleolvasás a felhasználási helyen,

*b)* készpénzben történő számlakiegyenlítés a felhasználási helyen,

*c)* a számla értelmezéséhez a víziközmű-szolgáltató üzletszabályzata szerint nyújtott egyedi segítség, különösen nagyobb betűmérettel nyomtatott számla, helyszíni számla magyarázat, számlafordíttatás,

*d)* egyéb szolgáltatás, éspedig: ..................................................................................................................................

A fogyatékkal élő személy vonatkozásában a vízszolgáltatás felfüggesztésének, szünetelésének esetén értesítendő személy vagy szervezet neve, telefonszáma:……………………………...................................................................

Alulírott .................................................., mint a fent megjelölt személy orvosi ellátását végző orvos, kijelentem, hogy a fent megjelölt fogyatékossági állapotra vonatkozó adatok a valóságnak megfelelnek.

Kelt:………………………………..

P. H.

.....................................
orvos aláírása