

PRAXIS LAJSTROMBA VALÓ FELVÉTEL ÉS/ VAGY EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLAT REGISZTRÁCIÓ IRÁNTI
KÉRELEM

Kérjük, fekete tintával és nyomtatott NAGY betűkkel töltsse ki.
Pipálja ki a megfelelőt.

„A” rész: Kérelmező adatai

1. Megszólítás úr asszony úrhölgy Egyéb Kérjük, jelölje be

2. Vezetéknév 3. Korábbi vezetéknév/vezetécknevek

4. Utónév

5. Születési dátum ÉV HÓNAP NAP 6. Születési ország

7. Férfi Nő 8. Napközbeni telefonszám

9. Cím
.....
..... Postai irányítószám.....

10. Ha a fent nevezett személlyel lakó 16 évnél fiatalabb korú gyermeket kíván regisztrálni, kérjük, adja meg az alábbi adatokat

Vezetéknév	*A gyermek ismert volt bármilyen más vezetéknéven? Igen/nem	Utónevek (teljes hosszukban)	Férfi/nő	Születési dátum	Születési ország

* Ha bármely gyermek más vezetéknéven volt ismert, kérjük, töltsse ki és küldje el részünkre a GMF153 formanyomtatványt, amelyet az orvosától kaphat meg.

11. Adja meg az orvos nevét és a választott praxis címet, ha van ilyen

.....
..... Postai irányítószám

12. Ellátták-e korábban a kérelmezőt egészségügyi kártyával Észak Írországban? Igen Nem

13. Korábbi címe Észak Írországban (ha volt ilyen)

.....
..... Postai irányítószám.....

14. Az előző orvos neve és címe Észak Írországra (ha volt)

..... Postai irányítószám.....

15. Ellátták-e korábban a kérelmezőt Egészségügyi kártyával Angliában, Skóciában vagy Walesben? Igen Nem

16. Korábbi címe Angliában, Skóciában vagy Walesben (ha volt) és az ottlakás dátumai.
Postai irányítószám

..... Postai irányítószám.....
Dátum: -tól <input type="text"/> -ig <input type="text"/>

17. Az előző orvos neve és címe Angliában, Skóciában vagy Walesben (ha volt)

..... Postai irányítószám.....

18. Fizet-e a kérelmező hozzájárulásokat az 1992. évi Társadalombiztosítási hozzájárulások és juttatások (Észak Írországra) törvény értelmében? Igen Nem

19. Ha „igen”, kérjük, adja meg a Nemzeti biztosítási számot

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

20. Ha a kérelmező nem fizet hozzájárulásokat, élettársa vagy gondozottja-e bármely személynek, aki az 1992. évi Társadalombiztosítási hozzájárulások és juttatások (Észak Írországra) törvény értelmében hozzájárulást fizetőnek minősül? Igen Nem

21. Ha „Igen”, kérjük, adja meg az illető személy következő adatait:

a. Név

b. Cím

..... Postai irányítószám
--

c. Kapcsolata a kérvényezővel

d. Nemzeti biztosítási szám

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

e. Születési dátum

22. Ha jelenleg nem alkalmazott, nyilvántartásban van-e a kérelmező „álláskeresőként” Észak Írország Társadalombiztosítási Hivatalában (Social Security office)? Igen Nem

23. Ha „igen”, kérjük, adja meg a kérelmező Társadalombiztosítási hivatalának címét

.....
..... Postai irányítószám.....

24. A kérelmező folyamatosan az Egyesült Királyságban lakott születése óta? Igen Nem

25. Ha „Nem”, kérjük, adja meg az Egyesült Királyságból való távozásának dátumát, ha van ilyen

26. Adja meg az Egyesült Királyságba történt belépésének legutóbbi dátumát

27. Kérjük, adja meg az Egyesült Királyságba jövetele előtti utolsó állandó lakcímét

.....
..... Postai irányítószám.....

28. Az utazásának megközelítőleges dátumai: -tól -ig

29. Az Egyesült Királyságba jövetelének oka

.....

• HA ÖN MENEDÉK-KERESŐ, KÉRJÜK, CSATOLJA AZ EZT TANÚSÍTÓBIZONYÍTÉKÁT E FORMANYOMTATVÁNYHOZ, MELY IGAZOLJA, HOGY ÖN KÉRELMEZTE A MENEDÉKET A BELÜGYMINISZTERIUM (HOME OFFICE) BEVÁNDORLÁSI SZOLGÁLTATÁNÁL.

• NEM EURÓPAI ORSZÁGOKBÓL SZÁRMAZÓ MÁS KÉRELMEZŐK ESETÉBEN A VÍZUMÁNAK ÉS ÚTLEVELÉNEK MÁSOLATÁRA VALAMINT A MUNKAVÁLLALÁSI ENGEDÉLYÉNEK MÁSOLATÁRA (HA VAN ILYEN) VAN SZÜKSÉGÜNK.

30. Ha a kérelmező oktató, hallgató, nyelvi asszisztens, csereprogramban résztvevő tanár, nővér gyakornok vagy kórházi orvos, kérjük, adja meg a látogatott egyetem, főiskola, iskola vagy kórház nevét, címét és a látogatás jellegét

.....

31. A kérelmező állandó lakos szándékozik-e maradni az Egyesült Királyságban? Igen Nem

32. Ha „Nem”, kérjük, adja meg az Egyesült Királyságban való tartózkodásának kívánt időtartamát a mai naptól kezdődően. (A „határozatlan” nem elegendő). Adja meg a hónapok/évek számát, ameddig a kérelmező maradni szándékozik, vagy az Ön várt távozásának dátumát. **HALLGATÓK – kérjük, adja meg a tanulmányi kurzusa befejezésének évét és hónapját. KÉRJÜK, VEGYE FIGYELEMBE, HOGY A NYILVÁNTARTÁSUK AUTOMATIKUSAN TÖRLŐDIK AZ ÖN ÁLTAL MEGADOTT TÁVOZÁSI DÁTUMOT KÖVETŐEN. KÉRJÜK, LÉPJEN KAPCSOLATBA A KÖZPONTI SZOLGÁLTATÓ ÜGYNÖKSÉGGEL, HA AZ ÖN KÖRÜLMÉNYEI MEGVÁLTOZNAK**

33. A kérelmező megtartja a címét az Egyesült Királyságon kívül? Igen Nem

34. Ha „igen”, kérjük, adja meg ennek okát

„B” rész: Azon személyek által töltendő ki, akik az Őfelsége Fegyveres Erőitől leszereltek, és akiknek NEM adták ki, vagy akik elvesztették a leszerelő okmányukat

35. Egység, amelytől leszerelt

36. Szolgálati szám

37. Leszerelési dátum

Ha a kérelmező a leszerelés dátuma óta elhagyta az Egyesült, az „A” rész 26. kérdését kell kitöltenie.

„C” rész: Nyilatkozat (MINDEN kérelmező által kitöltendő)

38. Kijelentem, hogy az általam e formanyomtatványon megadott minden adat helyes és teljes, valamint tudatában vagyok annak, hogy amennyiben nem így van, ez ennek megfelelő következményeket vonhat maga után.

Tudatában vagyok annak, hogy a Központi Szolgáltató Ügynökség (Central Service Agency) törvényileg kötelezett lehet arra, hogy az e formanyomtatványon szereplő adatokat kiadja az illetékes államigazgatási hatóságoknak bűnözés megelőzése, kinyomozása és kivizsgálása céljából. Továbbá tudatában vagyok annak, hogy az Ügynökség megoszthatja a jelen adatokat olyan szervezetekkel, amelyek az egészségügyi és gondozási szolgáltatásokért felelősek, e szolgáltatások igazgatásának lehetővé tétele céljából, az Adatvédelemről szóló 1998. évi törvény értelmében.

Az adatok biztonságáról és bizalmasságáról szóló tájékoztatás az Ügynökség adatvédelmi koordinátorától szerezhető meg: 2 Franklin Street, Belfast BT2 8DQ, telefon: 028 9053 5549

39. Aláírás

40. Dátum

„D” rész: Orvos tölti ki, aki hajlandó a személyt a praxisába felvenni

Elfogadom a jelen személyt (és az „A” részben megnevezett 16 éves kor alatti gyermekeket) a praxisomba való felvételre, amennyiben jogosult(ak) általános orvosi szolgáltatásokban való részesülésre.

41. Az orvos aláírása

42. Dátum

43. Az orvos kódszáma

„E” rész: Önkéntes beleegyezés a szervadományozásba

44. Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (NHS) Szervadományozási regisztráció

Adataimat az NHS Szervadományozási nyilvántartásában regisztrálni kívánom mint olyan személy, akinek szervei/szövetei felhasználhatók átültetésre a halálom után. Kérjük, pipálja ki a megfelelőeket.

- Bármely szerv vagy szövet, vagy
 Vesék Szív Máj Szaruhártyák Tüdő Hasnyálmirigy

A nyilvántartásba vétellel Ön beleegyezését adja abba, hogy szerveit és szöveteit átültetésre használják fel mások életének megmentésére vagy javítására. További tájékozódás céljából kérjen egy brosúrát a recepciónál vagy látogasson el a következő weboldalra: www.uktransplant.org.uk, vagy hívja a következő számot: 0845 60 60 400.

45. A beteg aláírása

46. Dátum

(Megerősítve a beleegyezést a szerv/szövet adományozásba)

2 Franklin Street, Belfast BT2 8DQ Tel: 028 9032 4431 Fax: 028 9053 5643
WEB: www centralservicesagency.n-i.nhs.uk

PRAXIS LAJSTROMBA VALÓ FELVÉTEL ÉS/ VAGY
EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLAT REGISZTRÁCIÓ IRÁNTI KÉRELEM

A Központi Szolgáltató Ügynökség (Central Services Agency) intézi a betegek regisztrációját az Egészségügyi és Szociális Szolgáltatónál (Health and Social Services) Észak-Írországbán

Útmutató megjegyzések

**Kérjük, olvassa el figyelmesen az alábbi megjegyzéseket a formanyomtatvány kitöltése előtt.
Kérjük, vegye figyelembe, hogy a praxis lajstromra való felvétel biztosítása céljából ezt a kitöltött formanyomtatványt a kiválasztott praxisnak kell odaadnia elbírálásra.**

A formanyomtatvány kitöltéséhez szükséges személyek

Ezt a formanyomtatványt az összes olyan személynek, vagy a személy(ek) meghatalmazottjának (az alább megjelöltek kivételével) kell kitölteni, akik az Észak Írországi Egészségügyi Szolgálat (Health Service in Northern Ireland) nyilvántartásába be szeretnének kerülni általános orvosi és/vagy általános fogászati és általános szemészeti szolgáltatások igénybevétele céljából, és akik jelenleg Észak Írország lakosai.

A formanyomtatvány kitöltéséhez nem szükséges személyek

- Észak Írország lakosai, akik érvényes Észak-Írországi Orvosi Kártyájukat elvesztették, vagy olyan személyek, akik Angliában, Skóciában vagy Walesben lévő lakhelyükről jöttek közvetlenül Észak Írországba, szintén a HS200 formanyomtatványt használják az orvosnál történő regisztrációhoz. Ez bármelyik orvosi rendelőben vagy az alábbi címen beszerezhető
- Csecsemő regisztrációs formanyomtatvány (Infant Registration Form) (HS123) birtokosai, amelyet az anyakönyvvezető ad ki, amikor a születést anyakönyvezik. Ha az eredeti regisztrációs formanyomtatvány (HS123) elveszett, másolat szerezhető be a kerületi anyakönyvi hivatalban.
- Az Ófelsége Fegyveres Erőitől leszerelteknek kiadott FP13 formanyomtatvány tulajdonosai.

A praxis lajstromra való felvétel biztosítása céljából ezt a kitöltött formanyomtatványt a kiválasztott praxisnak kell odaadnia elfogadásra.

16 éves kor alatti gyermekek

Ez a formanyomtatvány használható a kérelmezővel együtt lakó 16 év alattiak regisztrálásához, amennyiben a gyermekek teljes nevét és születési dátumait az „A” részben megadják.

Ha a praxis lajstromra való felvétel szükséges, ezt a kitöltött formanyomtatványt a kiválasztott praxisnak kell odaadnia elfogadásra. Minden egyéb esetben a formanyomtatványt a következő helyre kell továbbítani:

The Director of Family Practitioner Services
Central Services Agency
2 Franklin Street
Belfast
BT2 8DQ

Amennyiben azt szeretné, hogy nevét az NHS Donor Regiszterben nyilvántartásba vegyék, kérjük, töltsék ki az "E" részben szereplő nyilatkozatot.

Kérjük, vegye figyelembe, hogy amennyiben nem kíván tartósan az Egyesült Királyságban maradni, adatokra van szükségünk arról, hogy meddig szándékozik maradni; enélkül nem tudjuk kérelmét feldolgozni