

## 1. melléklet – Költségátvállalási kérelem

### **Tudnivalók elsősegélynyújtók számára:**

Ön egészségbiztosítással nem rendelkező pácienszt kezelt, és ezzel olyan segítséget nyújtott, amelyet a szociális ellátási hivatalnak kellett volna biztosítania, a veszélyhelyzet ismeretének hiányában azonban ezt nem tudta megtenni. Elsősegélynyújtóként tehát most az illetékes szociális ellátási hivatalnál kérvényezi a kezelési költségek visszatérítését. A visszatérítési igény előfeltétele, hogy az illetékes szociális ellátási hivatal fedezte volna a költségeket a szociális biztonságról szóló törvénykönyv XII. könyve (a továbbiakban: SGB XII) értelmében, ha időben tudomást szerzett volna a helyzetről. Az Ön által kezelt páciensnek tehát jogosultnak kellett volna lennie erre az ellátásra. A bizonyítási terhet Ön viseli. Annak érdekében, hogy megkönnyítsük a szociális ellátási hivatal szolgáltatási kötelezettségének bizonyítását, az alábbi kérdőívet dolgoztuk ki, amely ugyanazokat a kérdéseket teszi fel, amelyeket a szociális ellátási hivatal is feltenne a páciensnek a kezelés előtt. Ezért a saját érdekében sürgősen kérjük, hogy a páciens kifejezett jóváhagyásának megszerzése után töltsen ki ezt a kérdőívet, és mellékelje az SGB XII. 25. §-a, valamint a menedékkérők szociális ellátásáról szóló törvény (a továbbiakban: AsylbLG) 6a. §-a értelmében benyújtott visszatérítési kérvényhez a bizonyítékok mellett.

### **Tudnivalók páciensek számára:**

Önt nemrég kórházban ápolták, és nem rendelkezik egészségbiztosítással. Ezért a kezelés költségeit saját magának kell kifizetnie. Kivételes esetben azonban a kórházi kezelési költségeket az illetékes szociális ellátási hivatal is visszatérítheti, amennyiben Ön szociális ellátásra vagy szolgáltatásokra jogosult a menedékkérők szociális ellátásáról szóló törvény értelmében. Ennek bizonyításához kérjük, hogy minél hamarabb hiánytalanul töltsen ki és írja alá a mellékelt kérdőívet. Ezután az a kórház, amely egészségbiztosítás nélkül kezelte Önt, a kérdőívet és az SGB XII. 25. §-a, valamint az AsylbLG 6a. §-a értelmében benyújtja a visszatérítési kérvényét az illetékes szociális ellátási hivatalnak.

### **Tudnivalók külföldi állampolgárok számára:**

A büntető törvénykönyv (a továbbiakban: StGB) 203. §-ának (1) –(3) bekezdésében megnevezett személyekre (azaz például egy orvosra, a kórház vezetésére) az StGB 203. §-a értelmében **titoktartási kötelezettség** vonatkozik. A szociális ellátási hivatal az igényt az SGB XII. 25. §-a, valamint az AsylbLG 6a. §-a értelmében a vizsgálat keretében az adatait továbbíthatja a bevándorlási és idegenrendészeti hivatalnak. Ennek során azonban csak a **nevet** és a **születési dátumot** továbbítják.

A kórháznak az SGB XII 25. §-a értelmében benyújtott követelésben lévő információk, amelyeket a kórházak az elszámolás részeként a szociális ellátási hivatalnak továbbítanak, nem használhatók fel a külföldiek tartózkodásáról szóló törvény (a továbbiakban: AufenthG) vagy a személyek szabad mozgásáról szóló törvény/EU értelmében végzett intézkedések végrehajtására (ún. **kiterjesztett szociális adatvédelem**). A kiterjesztett szociális adatvédelem nem alkalmazható, ha Ön az AsylbLG értelmében ellátásokra jogosult. Ebben az esetben a bevándorlási és idegenrendészeti hivatal a szociális ellátási hivatal által továbbított adatokat adott esetben a külföldiek tartózkodásáról szóló törvény vagy a személyek szabad mozgásáról szóló törvény értelmében végzett intézkedések végrehajtására is felhasználhatja.

Az adatokat abban az esetben is továbbítják a bevándorlási és idegenrendészeti hivatalnak,

ha jelentős veszély fenyegeti a külföldi állampolgár vagy harmadik felek testi épségét vagy életét, valamint ha a külföldi állampolgár veszélyezteti a közegészséget, és a veszély elhárítására tett különleges óvintézkedések nem lehetségesek vagy a külföldi állampolgár nem tartja be azokat (AufenthG 88. §-a (2) bekezdésének 1. pontja)

vagy

## 1. melléklet – Költségátvállalási kérelem

ha az adatok annak megállapításához szükségesek, hogy az AufenthG 54. §-a (2) bekezdésének 4. pontjában meghatározott feltételek teljesülnek-e (súlyos kábítószer-függőség és a szükséges rehabilitációs intézkedés megtagadása), AufenthG 88. §-a (2) bekezdésének 2. pontja.

**Az alábbi pontot az elsősegélynyújtónak kell kitöltenie.**

### **1. Orvosi vészhelyzet**

**a) Az orvosi vészhelyzet bemutatása**, diagnózis, a szükséges kezelés és a sürgősséget igazoló tanúsítvány (közvetlenül az elsősegélynyújtó, például a kórház állítja ki, és mellékelje a kérelméhez).

**b) Felvétel időpontja / kezelés időtartama**

**A 2–13. pontokat a páciens tölti ki.**

### **2. Személyi adatok**

Családnév:

Utónév (utónevek):

Születési név:

Születési dátum:

Születési hely:

Az Ön neve:

Állampolgárság:

Családi állapot:

Cím (postafiók is):  
vagy adott esetben szokásos tartózkodási hely:

Adott esetben otthoni lakcím:

Telefonszám (nem kötelező):

Mellékelje az **útlevel vagy egyéb megfelelő személyazonosító igazolvány (egyéb hivatalos fényképes dokumentumok, pl. vezetői engedély stb.) másolatát.**

Másolat nem mellékelhető, mivel:  
Ehelyett a személyazonosság igazolása a következőképpen történik:

Milyen **tartózkodási státusszal** rendelkezik?  
(Mellékelje az igazolás másolatát)

## 1. melléklet – Költségátvállalási kérelem

Tartózkodási engedély vagy egyéb igazolás státusza/adatai:

Lejárat dátuma:

Kibocsátó hatóság:

### **3. Kiskorú páciensek esetén: Szülők adatai**

Apa:

Családnév:

Utónév (utónevek)

Születési dátum:

Cím:

Egészségbiztosítás:

Anya:

Családnév:

Utónév (utónevek)

Születési dátum:

Cím:

Egészségbiztosítás:

a) Rendelkeznek-e a **szülők jövedelemmel**?

Igen – mekkora összeg? \_\_\_\_\_ euró/hónap

A jövedelem forrása:

társadalombiztosítási járulékok hatálya alá tartozó foglalkoztatás

csekély mértékben történő foglalkoztatás (Minijob)

önálló vállalkozói tevékenység

szociális ellátás ( pl. SGB II)

(Mellékelje az igazolásokat)

Nem

Ha nem, a megélhetést az alábbiak biztosítják:

### **4. Jövedelemmel és vagyonnal kapcsolatos adatok**

Miből fedezi a megélhetését?

a) Rendelkezik-e **jövedelemmel**?

Igen – mekkora összeg? \_\_\_\_\_ euró/hónap

Ha igen: A jövedelem forrása:

társadalombiztosítási járulékok hatálya alá tartozó foglalkoztatás

## 1. melléklet – Költségátvállalási kérelem

csekély mértékben történő foglalkoztatás (Minijob)

önálló vállalkozói tevékenység

szociális ellátás, azaz:

tartásdíj

egyéb bevételek (nyugdíj, bérleti díj stb.)

Nem

Ha nem, a megélhetését az alábbiakból fedezi, illetve fedezte (a megélhetést fedező tevékenységek módjának és helyének konkrét felsorolása, pl. palackgyűjtés, Hinz und Kunzt értékesítése):

b) Rendelkezik-e **vagyonnal** Németországban vagy egy másik országban (külföldi állampolgárok esetén különösen: a származási országában)?

Nem

Igen – mekkora összeg, illetve milyen értékben?

Készpénz:

Megtakarítás:

Földtulajdon/ingatlan:

Személygépkocsi:

Egyéb vagyon:

### **5. Harmadik fél felelőssége a betegség kialakulásában**

Van-e **harmadik félnek felelőssége** a betegsége kialakulásában (pl. autóbaleset)?

Nem

Igen

Ha igen, baleset esetén mutassa be a helyet és a balesethez vezető körülményeket:

Harmadik fél neve és címe, illetve adott esetben a biztosítási száma:

Összefüggésben van-e a **baleset a tevékenységével / keresőtevékenységével** (pl. munkahelyi baleset, iskolai tartózkodás során, az odavezető úton)?

Nem

Igen

## 1. melléklet – Költségátvállalási kérelem

Ha igen, mutassa be a helyet és a balesethez vezető körülményeket:

Munkáltató, illetve az iskola neve és címe:

A baleset-biztosító neve és címe:

### **6. Saját egészségbiztosítás**

**Van-e vagy volt-e Németországban egészségbiztosítása?**

**Igen:**

kötelező egészségbiztosítás (adott esetben családi biztosítás)

magán egészségbiztosítás

A biztosító vagy a betegségbiztosítási pénztár neve és székhelye:

Mikor járt le a biztosítása?

**Nem**

Ha nem: Az alábbi kötelező egészségbiztosítást választom:

**Van-e vagy volt-e a származási országában egészségbiztosítása?**

Igen – Adja meg a biztosító nevét / székhelyét / biztosítás országát

(Mellékelje a bizonyíték – pl. külföldi egészségbiztosítási kártya, **European Health Insurance-Card (EHIC**, európai egészségbiztosítási kártya), ideiglenes helyettesítő igazolás (Provisorische Ersatzbescheinigung, PEB) – másolatát)

Nem

(Mellékelje a biztosítás hiányát igazoló irat másolatát)

Mikor járt le a biztosítása?

**Kötött-e a származási országában utazási egészségbiztosítást?**

Igen – Adja meg a biztosító nevét / székhelyét / biztosítás országát

(Mellékelje az igazolás másolatát)

Nem

**7. Házastárs vagy élettárs egészségbiztosítása** (ha a származási ország elismeri a regisztrált élettársi kapcsolatot)

Családnév:

**Van-e vagy volt-e a házastársának/élettársának Németországban egészségbiztosítása?**

Igen:

## 1. melléklet – Költségátvállalási kérelem

kötelező egészségbiztosítás (adott esetben családi biztosítás)

magán egészségbiztosítás

A biztosító vagy a betegségbiztosítási pénztár neve és székhelye:  
(Mellékelje az igazolás másolatát)

Mi az egészségbiztosítás lejárat dátuma?

Nem

**Van-e vagy volt-e a házastársának/élettársának származási országban egészségbiztosítása?**

Igen – Adja meg a biztosító nevét / székhelyét / biztosítás országát

(Mellékelje a bizonyíték – pl. külföldi egészségbiztosítási kártya, **European Health Insurance-Card** (EHIC, európai egészségbiztosítási kártya), ideiglenes helyettesítő igazolás (Provisorische Ersatzbescheinigung, PEB) – másolatát)

Nem

(Mellékelje a biztosítás hiányát igazoló irat másolatát)

**Van-e vagy volt-e a házastársának/élettársának a származási országban utazási egészségbiztosítása?**

Igen – Adja meg a biztosító nevét / székhelyét / biztosítás országát

(Mellékelje az igazolás másolatát)

Nem

## **8. Terhesség vagy szülés esetén**

**A gyermek apja:** Név, cím, egészségbiztosítás és állampolgárság

A gyermek apja ismeretlen

## **9. A Németországba történő beutazással és tartózkodással kapcsolatos információk**

**Mikor utazott be Németországba?**

Mióta tartózkodik Hamburgban?

Hol tartózkodott a Hamburgba történő költözése előtt?

Milyen okok miatt jött Németországba?

## 1. melléklet – Költségátvállalási kérelem

A beutazás előtt benyújtott-e egy harmadik fél a bevándorlási és idegenrendészeti hivatalnak vagy a külképviseletnek egy **kötelezettségvállalási nyilatkozatot az AufenthG 68. §-a értelmében?** (Magára vállalta-e valaki Németországban az Ön megélhetési költségeit?)

Nem

Igen – A felelősségnyilatkozatot aláíró személy neve:  
(ha lehetséges, mellékelje a felelősségnyilatkozat másolatát)

**Hajlandó-e a kezelés után kiutazni?**

Nem, ennek oka:

Igen

**Megjegyzés: Ha a kezelés után hajlandó kiutazni, a kiutazásnak a kezelés befejezése után legkésőbb egy hónappal be kell következnie.**

### **10. A páciens házastársával vagy élettársával kapcsolatos információk:**

Nincs házastársa/élettársa

Családnév:

Utónév (utónevek):

Születési név:

Születési dátum:

Születési hely:

Az Ön neve:

Állampolgárság:

Jelenlegi szakmai tevékenység:

Családi állapot:

Cím:  
(postafiók is)

Adott esetben otthoni lakcím:

Telefonszám (nem kötelező):

Adott esetben Tartózkodási státusz:  
(mellékelje a bizonyíték másolatát)

### **11. A páciens házastársának vagy élettársának jövedelmével kapcsolatos információk**

## 1. melléklet – Költségátvállalási kérelem

Rendelkezik-e a **házasrésze vagy az élettársa**, illetve – kiskorú páciensek esetén – rendelkeznek-e a **szülői jövedelemmel**?

Igen – mekkora összeg? \_\_\_\_\_ euró/hónap

A jövedelem forrása:

társadalombiztosítási járulékok hatálya alá tartozó foglalkoztatás

csekély mértékben történő foglalkoztatás (Minijob)

önálló vállalkozói tevékenység

szociális ellátás

(Mellékelje az igazolásokat)

Nem

Ha nem, a megélhetést az alábbiak biztosítják:

### **12. A páciens gyermekeivel kapcsolatos információk**

Vannak-e gyermekei?  Igen  Nem

Ha igen, töltsse ki a táblázatot:

	1. gyermek	2. gyermek	3. gyermek
Név			
Utónév (utónevek)			
Születési név			
Születési dátum			
Születési hely			
Neme			
Állampolgárság			
Családi állapot			
Cím (postafiók is)			
Adott esetben otthoni lakcím			
Telefonszám (nem kötelező)			
Adott esetben Tartózkodási státusz (mellékelje a bizonyíték másolatát)			
Iskola, amennyiben tanulóval van szó (mellékelje a bizonyíték			



## 1. melléklet – Költségátvállalási kérelem

### Rendelkezik-e a gyermek, illetve a gyermekek jövedelemmel?

Igen – mekkora összeg? \_\_\_\_\_ euró/hónap

A jövedelem forrása:

- társadalombiztosítási járulékok hatálya alá tartozó foglalkoztatás
- csekély mértékben történő foglalkoztatás (Minijob)
- önálló vállalkozói tevékenység
- szociális ellátás

**Ha igen:** Fizetnek-e a **szülőknek tartásdíjat** (pl. pénzügyi támogatás, lakhatás)?  
Milyen értékben?

### **13. Egyéb helyről származó támogatás**

Megbízott-e egy **ügyvédet**? Ha igen, milyen területeken képviseli Önt? Rendelkezik-e az ügyvéd Önnel kapcsolatos dokumentumokkal?

Családnév:

Cím:

Tel./Fax/E-mail:

Kapott-e tanácsadási és támogatási segítséget **(migrációs) tanácsadó központtól**?  
Kapcsolatban volt-e a múltban (migrációs) tanácsadó központtal? Rendelkezik-e az ügyvéd Önnel kapcsolatos dokumentumokkal?

Családnév:

Cím:

Tel./Fax/E-mail:

#### **A páciens nyilatkozata:**

Igazolom, hogy a fenti információk megfelelnek a valóságnak.

Hozzájárulok ahhoz, hogy az adataimat a hamburgi szociális ellátási hivatalnak egy költségátvállalási kérelem keretében elszámolási célokra továbbítsák és feldolgozzák, és ennek vonatkozásában mentesítem az orvost a titoktartási kötelezettség alól.

Kérvényezem a kezelési költségek szociális ellátási hivatal által történő átvállalását.

**1. melléklet – Költségátvállalási kérelem**

Dátum, hely és a páciens aláírása