

TÁJÉKOZTATÓ

| |
|--|
| <u>A kérelem beadásakor</u> szükséges mellékelni <u>fénymásolatban</u> az alábbiakat: |
| • Az <u>állandó paksi lakcím</u> igazolása másolattal |
| • TAJ kártya másolata |
| • A <u>legutóbbi</u> kórházi zárójelentés vagy szakorvosi lelet |
| • A <u>demencia kórkép</u> szakorvosi megállapítása (Szerepelnie kell a pszichiátriai vagy neurológiai szakvéleményben leírva: középsúlyos vagy súlyos demencia megállapításának) |
| • fogyatékosági támogatás vagy rokkantság megállapításáról a <u>határozat</u> |
| • Eltartási szerződés esetén az eltartó adatai |
| • Korlátozott cselekvőképességről határozat / Gondnok adatai |

A kérelmező **jövedelem és vagyonyilatkozatát nem köteles megtenni** abban az esetben, ha ő maga, vagy hozzátartozója a nyilatkozatban **vállalja** az intézményi térítési díj megfizetését.

A kérelem beadását követően kb. 1 hónapon belül telefonon (szükség esetén a kórházban) **előgondozást** végzünk. Előtte telefonon egyeztetünk időpontot a hozzátartozóval.

A **férőhely elfoglalásának kezdő időpontjáról** szóban értesítjük az igénylőt/hozzátartozót.

Amennyiben a kérelmező **szenvedélybetegségben** szenved vagy korlátozásra szoruló **pszichés beteg**, ill. a későbbiekben ilyen betegsége kialakul, elhelyezése más helyen: szenvedélybeteg ellátó vagy pszichiátriai intézményben történik.

Az **intézmény orvosa: Dr. Farkas Éva Edina házi orvos**, a rendelés az intézmény orvosi rendelőjében biztosított.

Az **elhelyezés:** 2, 3 és 4 ágyas szobákban történik. Kiemelt férőhelyet nem tudunk biztosítani. Ha a felvételt követően a lakó **egészségügyi állapota változik/súlyosbodik**, és intenzív és/vagy más gondozást igényel, akkor intézményen belüli áthelyezést követően a gondozási vagy egyéb részlegünkben tudjuk biztosítani a későbbi ellátását.

Látogatás: reggel 11 este 19 óra között bármikor, de a szobában történő ápolási folyamatok alatt kérjük, hogy a személyzet munkáját ne akadályozzák.

Eltávozás: Napközben bármikor el lehet hagyni az intézményt, ki lehet menni a városba, de előzetesen a nővéreknek és a portásnak be kell jelenteni, hogy hova és kb. mennyi időre. Több napos eltávozás is lehetséges, ekkor is előzetesen egyeztetni szükséges.

Térítési díjaink 2025. április 1.-től:

| Ellátás típusa | Egy ellátottra jutó teljes napi önköltség | Állami támogatás után számított napi önköltség | Intézményi napi térítési díj /Tárgyi adómentes Áfa tv.85§. (1) f. / |
|--------------------------------------|---|--|--|
| Idősek otthona szociális szakellátás | 23.657.- Ft/ nap, | 17.825.- Ft/ nap, | 6.400.- Ft/ nap |

Egyéb pluszban felmerülő költségek:

- **külső szolgáltatók** díjai: fodrász, pedikűr, kozmetikus igénybevétele
- a **gyógyszerek** egy része (Az Idősek Otthonában a gyógyszer-ellátás keretében a vonatkozó jogszabályoknak megfelelően gondoskodunk a házi orvos és a szakorvosok által felírt gyógyszerek beszerzéséről. Az Otthon házi orvososa által összeállított alaplista szerinti gyógyszereket térítésmentesen biztosítjuk.)
- a havi **pelenka** biztosításában a Tb támogatáson felül maradó különbözet ára

A beköltözéskor szükséges hozni:

- Az alkalmazott gyógyszerek, és a szedési útmutatását / házi orvostól
- Születési Anyakönyvi Kivonatot
- Tisztálkodási szereket (folyékony szappant és egészségügyi papírt biztosítunk)
- Legalább 3 váltás törölközőt, pizsamát vagy hálóinget
- Több váltás kényelmes benti ruházatot; papucsot, fürdőköpenyt / legalább 5-6 váltás fehérneműt / levegőztetéshez kabátot, cipőt
- Összehajtható **utazótáskát** névvel jelölve (kórházba szállítás esetén személyes holmi bekészítésére)
- Otthonról hozott **ágynemű, ágyneműhuzat, pléd** használata megengedett- az otthonosság érzetét segítik (tisztításáról és mosásáról gondoskodunk)

Tájékoztatjuk, hogy a kérelmezők és az ellátottak személyes adatait az Intézmény nyilvántartja, azt az országos adatbázisba továbbítja.

Paks, 2025.04.01.

Ferenczi Ildikó
intézményvezető

Kérelem az ellátás igénybevételéhez

Az ellátást igénybe vevő adatai (nyomatott nagy betűkkel kérjük kitölteni):

Név: _____

Születési neve: _____

Anyja neve: _____

Születési helye, időpontja: _____

Állandó lakcíme: Paks, _____

Telefonszáma: _____

TAJ száma: _____

Az ellátást igénybe vevővel egy háztartásban élő nagykorú személyek száma: _____ fő

Közgyógyellátásban részesül-e: _____

Kérelmező cselekvőképessége: _____

Legközelebbi hozzátartozó / Gondnokság esetén a törvényes képviselő- gondnok adatai:

Név: _____

Születési neve: _____

Anyja neve: _____

Lakóhelye: _____

Telefonszáma _____

Más hozzátartozó adatai (amennyiben nem a legközelebbi hozzátartozó az igénylő személyi segítője)

Név: _____

Telefonszáma _____

Tartására köteles / képes személy (gyermek/ gyermekek) adatai:

Név: _____ Szül. neve: _____

Lakóhelye: _____ Telefonszáma: _____

Eltartási szerződés esetén az eltartó személy adatai:

Név: _____
Lakóhelye: _____
Telefonszáma _____

Az elhelyezést a gondozási szükségletet megalapozó mely körülmények alapján kéri:

- Az ellátást igénylő **egyedül él, nyolcvanadik életévét betöltötte** (személyazonosításra alkalmas igazolvány másolata)
- Az ellátást igénylő **fogyatékosági támogatásban részesül** (orvos-szakértői szerv szakvéleménye, szakhatósági állásfoglalásának másolata)
- A **demencia kórkép** szakorvosi megállapítása (Szerepelnie kell a pszichiátriai vagy neurológiai szakvéleményben leírva: közép súlyos vagy súlyos demencia megállapítása)
- Az ellátást igénylő egyedül él, és **vakok személyi járadékában** vagy **hallási fogyatékosként fogyatékosági támogatásban részesül.** (határozat csatolása)
- **I. rokkantsági csoportba tartozó rokkantsági nyugdíjban, baleseti rokkantsági nyugdíjban, illetve rokkantsági járadékban részesül.** (jogerős határozat másolata)
- Munkaképességét 100%-ban elvesztette, illetve **legalább 80%-os mértékű egészségkárosodást szenvedett** (szakhatósági állásfoglalás)

Az ápolást-gondozást nyújtó intézményben milyen időtartamra kéri a szolgáltatás biztosítását:

határozott (annak ideje): _____
határozatlan

Soron kívüli elhelyezés indokolása: _____

Dátum: 2025. _____

törvényes képviselő aláírása

kérelmező aláírása

HOZZÁJÁRULÁSI NYILATKOZAT

Alulírott:Születési név:.....

Születési idő:.....Születési hely:.....

kijelentem, hogy **az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról 2011. évi CXII. törvény** által előírt *adatkezeléshez* történő hozzájárulási jogomról, valamint a szolgáltatás igénybevételével járó adat-nyilvántartási kötelezettségről tájékoztatásban részesültem.

Aláírással **önkéntesen hozzájárulok- félreérthetetlen beleegyezésemet adom**, hogy a Paksi Életfa Idősek Otthona (7030, Paks, Kishegyi u. 46-48.)

- a személyes okmányaimról fénymásolatot tároljon,
- a személyes adataimról nyilvántartást vezessen,
- hivatalos megkeresés esetén azokról adatot szolgáltatasson,
- az együttműködés során tudomására jutott adataimat a mindenkor hatályos jogszabályokban (Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 rendelete (**GDPR**) és a Polgári Törvénykönyvről szóló 2013. évi törvény **alapján** előírtak szerint kezelje.

Továbbá hozzájárulok, hogy a **1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról** 20.§ (2)-(4), valamint a **226/2006. (XI: 20.) Korm. rendeletben** foglalt nyilvántartási adatokat egy országos adatbázisban és TAJ alapú nyilvántartásban (KENYSZI) kezeljék.

Amennyiben a személyes adataimban változás következik be, az adatváltozás tényéről haladéktalanul, de legfeljebb 5 munkanapon belül írásban vagy személyesen tájékoztatom az intézmény igazgatóját.

Paks, 2025. _____

törvényes képviselő aláírása

kérelmező aláírása

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS*(a házi orvos, kezelő orvos, vagy kórházi kezelés esetén a kórházi osztályos orvos tölti ki)*

Név (születési név):

Születési hely, idő:

Lakóhely:

TAJ:

| | | |
|--|------------------------|--------------|
| 1. Házi segítségnyújtás, jelzőrendszeres házi segítségnyújtás, támogató szolgáltatás igénybevétele esetén | | |
| 1.1. krónikus betegségek (kérjük, sorolja fel): | | |
| 1.2. fertőző betegségek (kérjük, sorolja fel): | | |
| 1.3. fogyatékoság (típusa és mértéke): | | |
| 1.4. egyéb megjegyzések, pl. speciális diéta szükségessége: | | |
| 2. Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás igénybevételére vonatkozóan igazolom, hogy egészségi állapota alapján a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás biztosítása indokolt <input type="checkbox"/> nem indokolt <input type="checkbox"/> | | |
| 3. Átmeneti elhelyezés (az éjjeli menedékhely kivételével), ápolást-gondozást nyújtó, rehabilitációs intézmények, lakóotthon esetén | | |
| 3.1. esettörténet (előzmények az egészségi állapotra vonatkozóan): | | |
| 3.2. teljes diagnózis (részletes felsorolással, BNO kóddal): | | |
| 3.3. prognózis (várható állapotváltozás): | | |
| 3.4. ápolási-gondozási igények: | | |
| 3.5. speciális diéta: | | |
| 3.6. szenvedélybetegség: | | |
| 3.7. pszichiátriai megbetegedés: | | |
| 3.8. fogyatékoság (típusa, mértéke): | | |
| 3.9. demencia: | | |
| 3.10. gyógyszeresedés gyakorisága, várható időtartama (pl. végleges, időleges stb.), valamint az igénybevétel időpontjában szedett gyógyszerek köre: | | |
| 4. A házi orvos (kezelő orvos) egyéb megjegyzései: | | |
| 4.1. Soron kívüli elhelyezés indokolt-e? (aláhúzendő) igen - nem | | |
| Dátum: | Orvos aláírása: | P. H. |

3. számú melléklet a 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelethez

Értékelő adatlap**Személyes adatok:**

Név: _____ TAJ: _____

Születési hely: _____ Szül. idő: _____

Lakcím: _____

Törvényes képviselőjének neve, elérhetősége: _____

Mérőtábla

| Tevékenység, funkció | Értékeljen 0-4 pont között (a pontérték a szükséges segítség mértékével emelkedik) | Intézmény -vezető (pontszám) | Orvos (pontszám) |
|--|---|--|----------------------------|
| Térbeli-időbeni tájékozódás | 0: mindig, mindenkor térben, időben, személyeket illetően tájékozott 1: esetenként segítségre, tájékoztatásra szorul 2: részleges segítségre, tájékoztatásra szorul 3: gyakran tájékozatlan 4: térben-időben tájékozatlan | X | |
| Helyzetnek megfelelő viselkedés | 0: mindig, mindenkor a helyzetnek megfelelően viselkedik 1: esetenként bonyolultabb helyzetekben segítségre szorul 2: gyakran az adott helyzetnek nem megfelelően viselkedik 3: nem megfelelő viselkedése gyakran kellemetlenséget okoz, reakciója nem kiszámítható – viselkedési kockázat 4: nem képes az adott helyzetnek megfelelően viselkedni | X | |
| Étkezés | 0: önmagát kiszolgálja, önállóan étkezik 1: felszolgálatot igényel, de önállóan étkezik 2: felszolgálatot és evőeszköz tisztításához segítséget igényel 3: felszolgálat és elfogyasztáshoz részbeni segítséget igényel 4: teljes segítséget igényel az étel elfogyasztásához | | X |
| Öltözködés | 0: nem igényel segítséget 1: önállóan végzi, de a megfelelő ruhaneműk kiválasztásához segítséget igényel 2: egyes ruhadarabok felvételében igényel segítséget 3: jelentős segítséget igényel az öltözködésben, megfelelő öltözet kiválasztásában 4: öltöztetés, vetkőzés minden szakaszában segítségre szorul | | X |

| | | | |
|---|---|--|--|
| Tisztálkodás (személyi higiéne biztosítása) | 0: szükségleteit felmérve önállóan végzi 1: szükségleteit felismeri, bizonyos feladatokhoz segítséget igényel 2: szükségleteit felismeri, tisztálkodni csak segítséggel tud 3: részlegesen ismeri fel szükségleteit, segítséget igényel 4: nem ismeri fel szükségleteit, tisztálkodni önállóan nem képes | | |
| WC használat | 0: önálló WC használatban, öltözködésben, higiéne feladatait ellátja 1: önállóan használja WC-t, de öltözködésben és vagy higiéne feladatokban ellenőrizni kell 2: önállóan használja WC-t, de öltözködésben és vagy higiéne feladatokban segíteni kell 3: segítséget igényel WC használatban, öltözködésben, higiéne feladatok elvégzéséhez 4: segítséggel sem képes WC használatra, öltözködésre, higiéne feladatok elvégzésére | | |
| Kontinencia | 0: vizeletét, székletét tartani képes 1: önállóan pelenkát cserél, elvégzi a higiéne feladatait 2: pelenka cserében, öltözködésben és vagy higiéne feladatokban alkalmanként segítséget igényel 3: rendszeres segítséget igényel pelenka cserében, öltözködésben, higiéne feladatok elvégzésében 4: inkontinens, teljes ellátásra szorul | | |
| Kommunikáció Képes-e megfogalmazni, elmondani a panaszát, megérti-e amit mondanak neki | 0: kifejezőkészsége, beszédértése jó 1: kommunikációban időszakosan segítségre szorul 2: beszédértése, érthetősége megromlott 3: kommunikációra csak segédeszközzel vagy csak metakommunikációra képes 4: kommunikációra nem képes | | |
| Terápiakövetés Rábízható-e az előírt gyógyszerek adagolása, szedése | 0: az orvos utasításait, előírt gyógyszeres terápiát betartja 1: gyógyszerelésben segítséget igényel, utasításokat betartja 2: elrendelt terápiát tartja, segítséggel tudja tartani az utasításokat 3: elrendelt terápiát, utasításokat ellenőrzés mellett tartja 4: gyógyszer bevétele csak gondozói ellenőrzéssel | | |
| Helyzet- változtatás | 0: önállóan 1: önállóan, segédeszköz használatával 2: esetenként segítséggel 3: gyakran segítséggel 4: nem képes | | |
| Helyváltogatás | 0: önállóan 1: segédeszköz önálló használatával 2: segédeszköz használatával, segítséget esetenként igényel 3: segédeszköz használatával, gyakran csak segítséggel 4: nem képes | | |
| Életvezetési képesség (felügyelet igénye) | 0: önállóan 1: esetenkénti tanácsadás, részfeladatra betanítható 2: személyes szükségletei ellátásában segítségre szorul 3: személyes szükségletei ellátásában gyakran vagy rendszeresen segítségre szorul, belátási képessége hiányzik 4: állandó 24 órás felügyelet | | |

| | | | |
|-----------------|---|--|--|
| Látás | 0: jól lát, szemüveg használata nélkül 1: jól lát, szemüveg használatával 2: szemüveg használatára szorul, de elutasítja azt 3: szemüveg használatával sem kielégítő a látása (pl. hályog, érbetegség) 4: nem lát | | |
| Hallás | 0: jól hall, átlagos hangerő mellett 1: átlagos hangerő mellett időnkénti hallásproblémái vannak 2: hallókészülék használatára szorul 3: van hallókészüléke, de nem képes használni vagy elutasítja 4: nem hall | | |
| Fokozat: | Intézményvezető és az orvos által adott összes pontszám | | |

Értékelés**Összesen: _____ pont**

| Fokozat | Értékelés | Pontszám | Jellemzők |
|-------------|---|----------|---|
| 0. | Tevékenységeit elvégzi | 0–19 | Az egyén a vizsgált tevékenységeket el tudja végezni. A szolgáltatás a szociális és egészségi állapot szinten tartására korlátozódik. |
| I. | Egyes tevékenységekben segítségre szoruló | 20–34 | Az egyén egyes tevékenységekben hetente többször segítségre szorul vagy figyelmet, irányítást igényel. |
| II. | Részleges segítségre szoruló | 35–39 | Az egyén bizonyos tevékenységek elvégzésében napi rendszeres segítségre szorul vagy napi szintű kontrollt igényel. |
| III. | Teljes ellátásra szoruló | 40–56 | Az egyén teljes ellátásra, folyamatos gondozásra, ápolásra szorul, intenzív odafigyelést és gyakori beavatkozást igényel. |

A gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól szóló 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet 4. § (1) bekezdés _____ pontja/alpontja szerinti egyéb körülmények állnak fenn.

A vizsgálat eredménye alapján:

- szociális segítség a gondozási szükséglet, valamint az egészségi állapoton alapuló szociális rászorultság vizsgálatának és igazolásának részletes szabályairól szóló 36/2007. (XII. 22.) SZMM rendelet 3/A. § (1) bekezdés b) pontalpontja szerinti egyéb körülmény alapján
- személyi gondozás
- időotthoni elhelyezés
nyújtható.

.....
intézményvezető/szakértő

.....
orvos

Dátum: _____

A gondozási szükséglet felülvizsgálatát az intézmény fenntartójától lehet kérni.

Az **Értékelő adatlap** másolati példányát átvettem: _____ (igénylő aláírása)

II.* JÖVEDELEMNYILATKOZAT**Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó személyes adatok:**

Név:

Születési név:

Anyja neve:

Születési hely, idő:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

(itt azt a lakcímet kell megjelölni, ahol a kérelmező életvitelszerűen tartózkodik)

Telefonszám (nem kötelező megadni):

Az 1993. évi III. törvény 117/B. §-a szerint a mindenkori intézményi térítési díjjal azonos személyi térítési díj megfizetését az ellátást igénylő vagy a térítési díjat megfizető más személy vállalja-e (a rovat kitöltése nem minősül tényleges vállalásnak):

igen - ebben az esetben a jövedelemnyilatkozat további részét és a „III. Vagyonynyilatkozat” nyomtatványt nem kell kitölteni,

nem

Az ellátást kérelmező személyre vonatkozó jövedelmi adatok:

| A jövedelem típusa | Nettó összege |
|--|---------------|
| Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó: | |
| Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, illetve szellemi és más önálló tevékenységből származó: | |
| Táppénz, gyermekgondozási támogatások | |
| Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások: | |
| Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások: | |
| Egyéb jövedelem: | |
| Összes jövedelem: | |

Kiskorú igénybe vevő esetén a családban élőkre vonatkozó (nettó) jövedelmi adatok:

A család létszáma: _____ fő

| A közeli hozzátartozók neve, születési ideje | Rokoni kapcsolat | Munkaviszonyból és más foglalkoztatási jogviszonyból származó | Társas és egyéni vállalkozásból, őstermelői, szellemi és más önálló tevékenységből származó | Táppénz, gyermekgondozási támogatások | Önkormányzat és munkaügyi szervek által folyósított ellátások | Nyugellátás és egyéb nyugdíjszerű rendszeres szociális ellátások | Egyéb jövedelem | Összes jövedelem |
|--|------------------|---|---|---------------------------------------|---|--|-----------------|------------------|
| 1. | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | |
| Összesen: | | | | | | | | |

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek. A térítési díj megállapításához szükséges jövedelmet igazoló bizonylatokat egyidejűleg csatoltam. Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához.

Dátum: _____

Az ellátást igénybe vevő
(törvényes képviselő) aláírása

III. VAGYONNYILATKOZAT**(tartós bentlakásos intézményi ellátás kérelmezése esetén kell kitölteni)****1. A nyilatkozóra vonatkozó személyes adatok:**

Név:

Születési név:

Anyja neve:

Születési hely, idő:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

(itt azt a lakcímet kell megjelölni, ahol a kérelmező életvitelszerűen tartózkodik)

Telefonszám (nem kötelező megadni):

A nyilatkozó vagyona:**2. Pénzvagyon**

1. A nyilatkozó rendelkezésére álló készpénz összege: Ft

2. Bankszámlán/fizetési számlán rendelkezésre álló összeg, ideértve a bankszámlán/fizetési számlán lekötött betéteket és a betétszerződés alapján rendelkezésre álló összeget is: Ft

A számlavezető pénzintézet neve, címe:

3. Takarékbetét-szerződés alapján rendelkezésre álló összeg: Ft

A betétszámlát vezető pénzintézet neve, címe:

Rehabilitációs intézmény és rehabilitációs célú lakóotthon esetén a „3. Ingatlanvagyon” pontot nem kell kitölteni!**3. Ingatlanvagyon**1. Lakástulajdon és lakótelek-tulajdon címe: helyrajzi száma:, a lakás alapterülete: m², a telek alapterülete: m², tulajdoni hányad:, a szerzés ideje: év

Becsült forgalmi érték: Ft

Haszonélvezeti joggal terhelt: igen/nem *(a megfelelő aláhúzendó)*2. Üdülőtulajdon és üdülőtelek-tulajdon címe: helyrajzi száma:, az üdülő alapterülete: m², a telek alapterülete: m², tulajdoni hányad:, a szerzés ideje: év

Becsült forgalmi érték: Ft

3. Egyéb, nem lakás céljára szolgáló épület-(épületrész-)tulajdon megnevezése (zártkerti építmény, műhely, üzlet, műterem, rendelő, garázs stb.): címe: helyrajzi száma:, alapterülete: m², tulajdoni hányad:, a szerzés ideje: év

Becsült forgalmi érték: Ft

4. Termőföldtulajdon megnevezése: címe: helyrajzi száma: , alapterülete: m², tulajdoni hányad:, a szerzés ideje: év

Becsült forgalmi érték: Ft

5. 18 hónapon belül ingyenesen átruházott ingatlan címe helyrajzi száma: , alapterülete m², tulajdoni hányad, az átruházás ideje év

Becsült forgalmi érték: Ft

6.* Ingatlanhoz kötődő vagyoni értékű jog:

A kapcsolódó ingatlan megnevezése címe: helyrajzi száma:

A vagyoni értékű jog megnevezése: használati , földhasználati , lakáshasználati , haszonbérleti , bérleti , jelzálogjog , egyéb .

Ingatlan becsült forgalmi értéke: Ft

Kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. Hozzájárulok a nyilatkozatban szereplő adatoknak az eljárásban történő felhasználásához, kezeléséhez.

Dátum:

.....
**Az ellátást igénybe vevő
(törvényes képviselő) aláírása**

Megjegyzés:

Ha a nyilatkozó vagy kiskorú igénybe vevő esetén családtagja bármely vagyontárgyból egynél többel rendelkezik, akkor a vagyonyilatkozat megfelelő pontját a vagyontárgyak számával egyezően kell kitölteni. Amennyiben a vagyonyilatkozatban feltüntetett vagyon nem Magyarország területén van, a forgalmi értéket a vagyon helye szerinti állam hivatalos pénznemében is fel kell tüntetni.