

Nyilatkozat

Csecsemőgondozási díj és gyermekgondozási díj együttes igényléséhez

1. A kérelmező adatai

Családi és utóneve:	
Születéskori neve:	
Anyja neve	
Születési helye:	
Születési időpontja:	□□□□. év □□. hónap □□. nap
TAJ száma:	□□□□ □□□□ □□□□

Az ellátások folyósítását bankszámlára kéri?			
Igen <input type="checkbox"/>		Nem <input type="checkbox"/>	
1. Amennyiben igen, bankszámlaszáma:		-	-
2. Amennyiben nem, a folyósítás címe:			
Címe:	irányítószám	település	
utca		házzám	emelet, ajtó

2. A gyermek(ek) adatai, aki(k) után az ellátásokat igényli

Név:	Szül.idő: □□□□. □□. □□.	TAJ: □□□ □□□ □□□□
Név:	Szül.idő: □□□□. □□. □□.	TAJ: □□□ □□□ □□□□
Név:	Szül.idő: □□□□. □□. □□.	TAJ: □□□ □□□ □□□□
Név:	Szül.idő: □□□□. □□. □□.	TAJ: □□□ □□□ □□□□

3. A kérelmező gyermek(ek)hez való viszonya

A kérelmezőnek	
Saját, örökbefogadott gyermeke	<input type="checkbox"/>
Házastársa (élettársa), bejegyzett élettársa gyermeke	<input type="checkbox"/>
Gyámként nevelt gyermeke	<input type="checkbox"/>
Örökbefogadási szándékkal gondozásba vett gyermeke	<input type="checkbox"/>
A gyermek(ek) háztartásba kerülésének időpontja	□□□□. év □□. hónap □□. nap

4. A csecsemőgondozási díj iránti kérelemre vonatkozó adatok

A csecsemőgondozási díjat □□□□.□□.□□-tól kérem,	
a szülés napjának figyelembevételével	<input type="checkbox"/>
a szülés várható időpontjának figyelembevételével ¹	<input type="checkbox"/>
a szülés várható időpontja: □□□□.□□.□□.	
a gondozásba vétel napjának figyelembevételével	<input type="checkbox"/>
a gyámkirendelés napjának figyelembevételével	<input type="checkbox"/>
a szülő nő egészségi állapota miatt a háztartásból történő kikerülése napjának figyelembevételével	<input type="checkbox"/>
a gyermeket örökbe fogadni szándékozó nő elhalálása napjának figyelembevételével	<input type="checkbox"/>
a csecsemő (egyedül történő örökbefogadási szándékkal) nevelésbe, gondozásba vétele napjának figyelembevételével.	<input type="checkbox"/>
a szülő nő felügyeleti joga megszűnése időpontjának figyelembe vételével	<input type="checkbox"/>

5. A gyermekgondozási díj folyósítására vonatkozó adatok

A gyermekgondozási díjat a csecsemőgondozási díj lejártát követő naptól kérem	<input type="checkbox"/>
A gyermekgondozási díjat □□□□.□□.□□-tól kérem	

¹ A csecsemőgondozási díj a szülési szabadságnak megfelelő időtartamra jár. A szülési szabadságot – eltérő megállapodás hiányában – úgy kell kiadni, hogy legfeljebb négy hét a szülés várható időpontja elé essen.

6. Más ellátás folyósítására vonatkozó adatok:

A 2. pontban megjelölt gyermek(ek) után részesül/részesült-e valaki ellátásban			
Igen <input type="checkbox"/>		Nem <input type="checkbox"/>	
Amennyiben igen, az ellátásban részesülő:			
Családi és utóneve:			
TAJ száma:		□□□□□□□□□□	
Az ellátás fajtája:			
Csecsemőgondozási díj:		<input type="checkbox"/>	
Gyermekgondozási díj:		<input type="checkbox"/>	
Örökbefogadói díj:		<input type="checkbox"/>	
Gyermekgondozást segítő ellátás (gyes):		<input type="checkbox"/>	
Gyermeknevelési támogatás (gyet):		<input type="checkbox"/>	
EGT tagállamban családi ellátás:		<input type="checkbox"/>	
EGT tagállamban anyasági (apasági) ellátás:		<input type="checkbox"/>	
Az ellátást megállapító szerv megnevezése:			
Címe:	irányítószám		település
utca			házzszám
Az ellátás folyósításának időtartama: □□□□. □□. □□. -tól □□□□. év □□. hó □□. -ig			

7. Más ellátás folyósítására vonatkozó további adatok:

A 2. pontban megjelölt gyermeke(ke)n kívül a háztartásában élő másik gyermek(ek) után jelenleg részesül-e más személy ellátásban?			
Igen <input type="checkbox"/>		Nem <input type="checkbox"/>	
Amennyiben igen, az ellátásban részesülő:			
Családi és utóneve			
TAJ száma:		□□□□□□□□□□	
Az ellátás fajtája:			
Csecsemőgondozási díj:		<input type="checkbox"/>	
Gyermekgondozási díj:		<input type="checkbox"/>	
Örökbefogadói díj:		<input type="checkbox"/>	
Gyermekgondozást segítő ellátás (gyes):		<input type="checkbox"/>	
Gyermeknevelési támogatás (gyet):		<input type="checkbox"/>	
EGT tagállamban családi ellátás:		<input type="checkbox"/>	
EGT tagállamban anyasági (apasági) ellátás:		<input type="checkbox"/>	
Az ellátást megállapító szerv megnevezése:			
Címe:	irányítószám		település
utca			házzszám
Az ellátás folyósításának időtartama: □□□□. □□. □□. -tól □□□□. év □□. hó □□. -ig			

Ha a 7. pont alapján az 1. pontban megjelölt kérelmezőn kívül, más személy gyermekgondozási díjban részesül(t), (ahhoz, hogy az 1. pontban megjelölt kérelmező CSED-et, illetve GYED-et kaphasson) ki kell tölteni a „Kérelem gyermekgondozási díjról történő lemondáshoz” elnevezésű nyomtatványt is. Ha a lemondás miatt jogalap nélküli kifizetés keletkezik, a 10. pont szerinti nyilatkozat közös kitöltésével hozzájárulhatnak az 1. pont szerinti kérelmező ellátásából történő levonáshoz.

8. Külföldi biztosítási jogviszonyra vonatkozó adatok

Az EGT valamely tagállamában a gyermek születését megelőző két éven belül rendelkezett biztosítási jogviszonnyal: Igen <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/>	
Mely EGT tagállamban rendelkezett biztosítási jogviszonnyal:	
A külföldi biztosító neve:	

A külföldi foglalkoztató neve:	
Címe	
A biztosítási jogviszony időtartama:	
□□□□. □□. □□. -tól	□□□□. □□. □□. -ig
A munkavállalás helye szerinti tagállam meghatározott biztosítási száma:	
További külföldi biztosítási jogviszonyra vonatkozó adatok	
Mely EGT tagállamban rendelkezett biztosítási jogviszonnal:	
A külföldi biztosító neve:	
A külföldi foglalkoztató neve:	
Címe	
A biztosítási jogviszony időtartama:	
□□□□. □□. □□. -tól	□□□□. □□. □□. -ig
A munkavállalás helye szerinti tagállam meghatározott biztosítási száma:	

9. Egyidejűleg fennálló több jogviszony

Jelenleg rendelkezik-e egyidejűleg fennálló több jogviszonnal? Igen <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/>			
Amennyiben igen:			
A foglalkoztató neve:			
Címe:	irányítószám	település	
utca		házzám	emelet, ajtó
A foglalkoztató neve:			
Címe:	irányítószám	település	
utca		házzám	emelet, ajtó

Az ellátásban részesülő köteles 8 napon belül az ellátást megállapító szerv külön felhívása nélkül bejelenteni minden olyan tényt, adatot, amely az ellátásra való jogosultságát vagy az ellátás folyósítását érinti.

Kijelentem, hogy a csecsemőgondozási díj folyósítása alatt keresőtevékenységet nem folytatok, valamint az igénybejelentésen feltüntetett adatok a valóságnak megfelelnek, egyben tudomásul veszem azt, hogy köteles vagyok az ellátások folyósítását érintő változásokat az ellátást megállapító szerv részére bejelenteni. Ha a változások bejelentését elmulasztom, az ebből származó jogalap nélküli kifizetés teljes összegét és annak kamatait köteles vagyok megtéríteni.

Kelt,.....,□□□□. év □□. hó □□. nap

.....
igénylő vagy törvényes képviselő aláírása

10. Hozzájáruló nyilatkozat

Jelen nyilatkozatunkkal hozzájárulunk ahhoz, hogy a 7. pontban nevezett által jogalap nélkül felvett gyermekgondozási díj a(z) 1. pont szerinti részére – a közös háztartásban nevelt gyermekünkre tekintettel – megállapításra kerülő pénzbeli egészségbiztosítási ellátás összegéből levonásra kerüljön.

Kelt,□□□□. év □□. hó □□. nap

.....
az ellátást kérelmező szülő

.....
az ellátást jogalap nélkül felvevő szülő

A levonáshoz való hozzájárulásra vonatkozó egybehangzó nyilatkozat hiányában a jogalap nélkül felvett ellátást – felróhatóságra tekintet nélkül – az a személy köteles visszafizetni, aki azt felvette.