

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 ☐			Nem ☐		
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:	Születési idő: □□□□. □□. □□.	TAJ: □□□ □□□ □□□
Név:	Születési idő: □□□□. □□. □□.	TAJ: □□□ □□□ □□□
Név:	Születési idő: □□□□. □□. □□.	TAJ: □□□ □□□ □□□
Név:	Születési idő: □□□□. □□. □□.	TAJ: □□□ □□□ □□□

3. A kérelmező gyermek(ek)hez való viszonya

A kérelmezőnek	
Saját, örökbefogadott gyermeke	☐
Házastársa (élettársa), bejegyzett élettársa gyermeke	☐
Gyámként nevelt gyermeke	☐
Örökbefogadási szándékkal gondozásba vett gyermeke	☐
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	☐
a szülés várható időpontjának figyelembevételével ¹	☐
a szülés várható időpontja: □□□□.□□.□□.	
a gondozásba vétel napjának figyelembevételével	☐
a gyámkirendelés napjának figyelembevételével	☐
a szülő nő egészségi állapota miatt a háztartásból történő kikerülése napjának figyelembevételével	☐
a gyermeket örökbe fogadni szándékozó nő elhalálása napjának figyelembevételével	☐
a csecsemő (egyedül történő örökbefogadási szándékkal) nevelésbe, gondozásba vétele napjának figyelembevételével.	☐
a szülő nő felügyeleti joga megszűnése időpontjának figyelembe vételével	☐

5. A gyermekgondozási díj folyósítására vonatkozó adatok

A gyermekgondozási díjat a csecsemőgondozási díj lejártát követő naptól kérem	☐
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 ☐		Nem ☐	
Amennyiben igen, az ellátásban részesülő:			
Családi és utóneve:			
TAJ száma:			
Az ellátás fajtája:			
Csecsemőgondozási díj:	☐		
Gyermekgondozási díj:	☐		
Örkbefogadói díj:	☐		
Gyermekgondozást segítő ellátás (gyes):	☐		
Gyermeknevelési támogatás (gyet):	☐		
EGT tagállamban családi ellátás:	☐		
EGT tagállamban anyasági (apasági) ellátás:	☐		
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 ☐		Nem ☐	
Amennyiben igen, az ellátásban részesülő:			
Családi és utóneve			
TAJ száma:			
Az ellátás fajtája:			
Csecsemőgondozási díj:	☐		
Gyermekgondozási díj:	☐		
Örkbefogadói díj:	☐		
Gyermekgondozást segítő ellátás (gyes):	☐		
Gyermeknevelési támogatás (gyet):	☐		
EGT tagállamban családi ellátás:	☐		
EGT tagállamban anyasági (apasági) ellátás:	☐		
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 ☐ Nem ☐	
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 jogviszonnyal:	
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 jogviszonnyal? Igen ☐ Nem ☐					
Amennyiben igen:					
A foglalkoztató neve:					
Címe:	irányítószám		település		
utca			házzszám	emelet, ajtó	
A foglalkoztató neve:					
Címe:	irányítószám		település		
utca			házzszám	emelet, ajtó	

Az ellátásban részesülő köteles 8 napon belül az ellátást megállapító szerv külön felhívása nélkül bejelenteni minden olyan tény, adatot, amely az ellátásra való jogosultságot 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.