**KÉRELEM**

**CSECSEMŐGONDOZÁSI DÍJ IRÁNT**

1. **Kapcsolattartási mód a hatósággal[[1]](#footnote-1)**

|  |
| --- |
| Írásbeli kapcsolattartás: |
| Elektronikus úton (Ügyfélkapu használatával) történő kapcsolattartás: |

1. **A kérelmező adatai**

|  |  |
| --- | --- |
| Viselt családi és utónév: |  |
| Születési családi és utónév: |  |
| Anyja születési családi és utóneve: |  |
| Születési hely: |  |
| Születési idő: | . év   . hó   . nap |
| TAJ szám: |  |
| Lakcíme: |  |

1. **Az ellátás folyósításához szükséges adatok**
   1. **Az ellátás folyósítását bankszámlára kéri?**

Igen

Nem

* 1. **Amennyiben igen, a bankszámlaszáma**

|  |  |
| --- | --- |
| Pénzforgalmi szolgáltató neve: |  |
| Számlaszáma: |  |

* 1. **Amennyiben nem, a folyósítási címe**

|  |  |
| --- | --- |
| Irányítószám: |  |
| Település: |  |
| Közterület neve: |  |
| Közterület jellege: |  |
| Házszám (épület, lépcsőház, emelet, ajtó): |  |

1. **A gyermek(ek) adatai**

|  |  |
| --- | --- |
| Viselt családi és utónév: |  |
| Születési családi és utónév: |  |
| Anyja születési családi és utóneve: |  |
| Születési hely: |  |
| Születési idő: | . év   . hó   . nap |
| TAJ szám: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Viselt családi és utónév: |  |
| Születési családi és utónév: |  |
| Anyja születési családi és utóneve: |  |
| Születési hely: |  |
| Születési idő: | . év   . hó   . nap |
| TAJ szám: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Viselt családi és utónév: |  |
| Születési családi és utónév: |  |
| Anyja születési családi és utóneve: |  |
| Születési hely: |  |
| Születési idő: | . év   . hó   . nap |
| TAJ szám: |  |

1. **Csecsemőgondozási díj iránti kérelemre vonatkozó adatok**
   1. Mely időponttól kéri a csecsemőgondozási díj folyósítását?

    . év   . hó   . nap

* 1. A csecsemőgondozási díj megállapítását az alábbi időpont figyelembevételével kérem

A szülés napjának figyelembevételével

A szülés várható időpontjának figyelembevételével

(a szülés várható időpontja:     . év   . hó   . nap)

Gondozásba vétel napjának figyelembevételével

Gyámkirendelés napjának figyelembevételével

A szülő nő egészségi állapota miatt a háztartásból való kikerülése napjának figyelembevételével

A szülő nő elhalálozása napjának figyelembevételével

A gyermeket örökbe fogadni szándékozó nő elhalálozása napjának figyelembevételével

A szülő nő felügyeleti joga megszűnése időpontjának figyelembevételével

* 1. A kérelmezőnek a gyermekhez kapcsolódó viszonya

Vér szerinti szülő

Örökbefogadó szülő

Családbafogadó gyám

Örökbe fogadni szándékozó személy

1. **Más ellátás folyósítására vonatkozó adatok**
   1. **A 4. pontban megjelölt gyermek(ek) után részesül / részesült-e valaki ellátásban?**

Igen

Nem

* 1. **Amennyiben igen, az ellátásban részesülő személy adatai**

|  |  |
| --- | --- |
| Viselt családi és utónév: |  |
| Születési családi és utónév: |  |
| Anyja születési családi és utóneve: |  |
| Születési hely: |  |
| Születési idő: | . év   . hó   . nap |
| TAJ szám: |  |

* 1. **Az ellátás fajtája**

Csecsemőgondozási díj (CSED)

Gyermekgondozási díj (GYED)

Örökbefogadói díj

Gyermekgondozást segítő ellátás (GYES)

Gyermeknevelési támogatás (GYET)

EGT tagállamban családi ellátás

EGT tagállamban anyasági (apasági) ellátás

* 1. **Az ellátást megállapító szerv adatai**

|  |  |
| --- | --- |
| Ellátást megállapító szerv neve: |  |
| Ellátást megállapító szerv címe: |  |

* 1. **Az ellátás folyósításának időtartama**

    . év   . hó   . napjától     . év   . hó   . napjáig

1. **Más ellátás folyósítására vonatkozó további adatok**
   1. **A 4. pontban megjelölt gyermek(ek)en kívül a háztartásban élő másik gyermek(ek) után részesül / részesült-e más személy ellátásban?**

Igen

Nem

* 1. **Amennyiben igen, az ellátásban részesülő személy adatai**

|  |  |
| --- | --- |
| Viselt családi és utónév: |  |
| Születési családi és utónév: |  |
| Anyja születési családi és utóneve: |  |
| Születési hely: |  |
| Születési idő: | . év   . hó   . nap |
| TAJ szám: |  |

* 1. **Az ellátás fajtája**

Csecsemőgondozási díj (CSED)

Gyermekgondozási díj (GYED)

Örökbefogadói díj

Gyermekgondozást segítő ellátás (GYES)

Gyermeknevelési támogatás (GYET)

EGT tagállamban családi ellátás

EGT tagállamban anyasági (apasági) ellátás

* 1. **Az ellátást megállapító szerv adatai**

|  |  |
| --- | --- |
| Ellátást megállapító szerv neve: |  |
| Ellátást megállapító szerv címe: |  |

* 1. **Az ellátás folyósításának időtartama**

    . év   . hó   . napjától     . év   . hó   . napjáig

1. **Külföldi biztosítási jogviszonyra vonatkozó adatok[[2]](#footnote-2)**

|  |  |
| --- | --- |
| A külföldi biztosítás országa: |  |
| A külföldi foglalkoztató neve: |  |
| A külföldi foglalkoztató címe: |  |
| A külföldi biztosító neve: |  |
| A külföldi biztosító címe: |  |
| A külföldi biztosítási száma: |  |
| A külföldi biztosítás időtartama: | . év   . hó   . napjától     . év   . hó   . napjáig |

|  |  |
| --- | --- |
| A külföldi biztosítás országa: |  |
| A külföldi foglalkoztató neve: |  |
| A külföldi foglalkoztató címe: |  |
| A külföldi biztosító neve: |  |
| A külföldi biztosító címe: |  |
| A külföldi biztosítási száma: |  |
| A külföldi biztosítás időtartama: | . év   . hó   . napjától     . év   . hó   . napjáig |

1. **A szülők egybehangzó nyilatkozata ellátásból történő levonáshoz**

Jelen nyilatkozatunkkal hozzájárulunk ahhoz, hogy a 6., illetve 7. pontban nevezett személy által jogalap nélkül felvett pénzbeli egészségbiztosítási ellátás összege a 2. pont szerinti kérelmező részére - a közös háztartásunkban nevelt gyermekünkre tekintettel - megállapításra kerülő ellátás összegéből levonásra kerüljön.[[3]](#footnote-3)

Kelt,      ,     . év   . hónap   . nap

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ellátást kérelmező szülő Ellátást jogalap nélkül felvevő szülő

1. **A kérelmező nyilatkozata**

**Felelősségem tudatában kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek. Tudomásul veszem, hogy köteles vagyok az ellátásra való jogosultságot vagy az ellátás folyósítását érintő változásokat 8 napon belül bejelenteni az ellátást megállapító szerv részére. Ha a bejelentést elmulasztom, az ebből származó jogalap nélküli kifizetés teljes összegét és annak esetleges kamatait köteles vagyok visszafizetni.**

Köteles vagyok például bejelenteni, ha

* a csecsemőgondozási díj folyósítása alatt keresőtevékenységet folytatok,
* a gyermekem kikerül a háztartásomból.

Kelt,      ,     . év   . hónap   . nap

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kérelmező / Törvény képviselő / Meghatalmazott

1. Kizárólag abban az esetben töltendő ki, ha a foglalkoztató társadalombiztosítási kifizetőhelyet nem működtet. Ebben az esetben viszont az egyik válaszlehetőség jelölése kötelező! Az elektronikus úton történő kapcsolattartás kizárólag Ügyfélkapuval rendelkező ügyfelek számára választható. [↑](#footnote-ref-1)
2. Csak abban az esetben töltendő ki, ha a gyermek(ek) születését megelőző 2 éven belül rendelkezett biztosítási jogviszonnyal az Európai Unió valamely tagállamában, az Egyesült Királyságban, Svájcban, Norvégiában, Liechtensteinben, Izlandon, Ukrajnában, Koszovóban, Albániában, Bosznia-Hercegovinában, Észak-Macedóniában, Montenegróban, Szerbiában vagy Törökországban. [↑](#footnote-ref-2)
3. A levonáshoz való hozzájárulásra vonatkozó egybehangzó nyilatkozat hiányában a jogalap nélkül felvett ellátást - felróhatóságra tekintet nélkül - az a személy köteles visszafizetni, aki azt felvette. [↑](#footnote-ref-3)