

KÉRELEM

CSECSEMŐGONDOZÁSI DÍJ IRÁNT

1. Kapcsolattartási mód a hatósággal¹

Írásbeli kapcsolattartás:	<input type="checkbox"/>
Elektronikus úton (Ügyfélkapu használatával) történő kapcsolattartás:	<input type="checkbox"/>

2. A kérelmező adatai

Viselt családi és utónév:	
Születési családi és utónév:	
Anyja születési családi és utóneve:	
Születési hely:	
Születési idő:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . év <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . hónap <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . nap
TAJ szám:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Lakcíme:	

3. Az ellátás folyósításához szükséges adatok

3.1. Az ellátás folyósítását bankszámlára kéri?

- Igen
 Nem

3.2. Amennyiben igen, a bankszámlaszáma

Pénzforgalmi szolgáltató neve:	
Számlaszáma:	

3.3. Amennyiben nem, a folyósítási címe

Irányítószám:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Település:	
Közterület neve:	
Közterület jellege:	
Házszám (épület, lépcsőház, emelet, ajtó):	

4. A gyermek(ek) adatai

Viselt családi és utónév:	
Születési családi és utónév:	
Anyja születési családi és utóneve:	
Születési hely:	
Születési idő:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . év <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . hónap <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . nap
TAJ szám:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Viselt családi és utónév:	
Születési családi és utónév:	
Anyja születési családi és utóneve:	
Születési hely:	
Születési idő:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . év <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . hónap <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . nap
TAJ szám:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

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.

Viselt családi és utónév:	
Születési családi és utónév:	
Anyja születési családi és utóneve:	
Születési hely:	
Születési idő:	□□□□. év □□. hónap □□. nap
TAJ szám:	□□□ □□□ □□□□

5. Csecsemőgondozási díj iránti kérelemre vonatkozó adatok

5.1. A csecsemőgondozási díj megállapítását □□□□. év □□. hónap □□. naptól kérem.

5.2. A csecsemőgondozási díj megállapítását az alábbi időpont figyelembevételével kérem

- A szülés napjának figyelembevételével
- A szülés várható időpontjának figyelembevételével
- (a szülés várható időpontja: □□□□. év □□. hónap □□. 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

5.3. A kérelmezőnek a gyermekhez kapcsolódó viszonya

- Vér szerinti szülő
- Örökbefogadó szülő
- Családbafogadó gyám
- Örökbe fogadni szándékozó személy

6. Más ellátás folyósítására vonatkozó adatok

6.1. A 4. pontban megjelölt gyermek(ek) után részesül / részesült-e valaki ellátásban?

- Igen
- Nem

6.2. 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 □□. hónap □□. nap
TAJ szám:	□□□ □□□ □□□□

6.3. 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

6.4. Az ellátást megállapító szerv adatai

Ellátást megállapító szerv neve:	
Ellátást megállapító szerv címe:	

6.5. Az ellátás folyósításának időtartama

□□□□. év □□. hónap □□. napjától □□□□. év □□. hónap □□. napjáig

7. Más ellátás folyósítására vonatkozó további adatok

7.1. A 4. pontban megjelölt gyermek(ek)en kívül a háztartásban élő másik gyermek(ek) után részesül / részesült-e más személy ellátásban?

- Igen
 Nem

7.2. 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 □□. hónap □□. nap
TAJ szám:	□□□ □□□ □□□

7.3. 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

7.4. Az ellátást megállapító szerv adatai

Ellátást megállapító szerv neve:	
Ellátást megállapító szerv címe:	

7.5. Az ellátás folyósításának időtartama

□□□□. év □□. hónap □□. napjától □□□□. év □□. hónap □□. napjáig

8. Külföldi biztosítási jogviszonyra vonatkozó adatok²

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:	□□□□. □□. □□ - □□□□. □□. □□

A külföldi biztosítás országa:	
A külföldi foglalkoztató neve:	
A külföldi foglalkoztató címe:	
A külföldi biztosító neve:	
A külföldi biztosító címe:	
A külföldi biztosítási száma:	

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.

A külföldi biztosítási időtartama:

□□□□.□□.□□ - □□□□.□□.□□

9. 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

Kelt: _____, □□□□. év □□. hónap □□. nap

Ellátást kérelmező szülő

Ellátást jogalap nélkül felvevő szülő

10. 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

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.