

Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság

Nyilatkozat

Csecsemőgondozási díj megállapításához

1. A kérelmezőre vonatkozó adatok

Családi és utóneve:					
Születéskori neve:					
TAJ száma:	□□□□□□□□				
A gyermekhez kapcsolódó jogviszonya:					
Vérszerinti anya	<input type="checkbox"/>	Vérszerinti apa	<input type="checkbox"/>	Gyám	<input type="checkbox"/>
Örökbefogadási szándékkal nevelésbe vevő személy	<input type="checkbox"/>				

1.a. A csecsemőgondozási díj folyósítását bankszámlára kéri?

Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>
5. 1. Amennyiben igen, a számlát vezető pénzintézet neve:	
Bankszámlaszám:	
5.2. Amennyiben nem, a folyósítás címe:	
□□□□	

2. Nyilatkozat a csecsemőgondozási díj folyósításához

2.1. A csecsemőgondozási díj folyósítását □□□□.□□.□□-tól kérem,	
a szülés napjának figyelembevételével	<input type="checkbox"/>
a szülés várható időpontjának figyelembevételével (max.28 nap)	<input type="checkbox"/>
a szülés várható időpontja: □□□□.□□.□□.	
a gondozásba vétel napjának figyelembevételével	<input type="checkbox"/>
a gyámki rendelés 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 gyermek adatai

A gyermek neve:			
Születésének helye, időpontja:	, □□□□.év □□.hó □□.nap		
A gyermek TAJ száma:	□□□□□□□□		

2.2 Az újszülött gyermek után Ön vagy más személy igényelt-e más pénzbeli vagy családtámogatási ellátást:

Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>
Ha igen, annak jogcíme:	
Gyermekápolási táppénz	<input type="checkbox"/>
Gyermekgondozást segítő ellátás (GYES)	<input type="checkbox"/>
EGT tagállamban családi ellátás	<input type="checkbox"/>

Az ellátást kérelmező

Családi és utóneve:			
Születéskori neve:			
TAJ száma:	□□□□□□□□		
Az ellátást folyósító szerv neve:			
Címe:	□□□□		

2.3 A háztartásban élő másik gyermeke(i) után más személy részére folyósítanak (folyósítottak)-e más pénzbeli vagy családtámogatási ellátást:**	
Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>
Ha igen, az ellátás folyósításának időtartama:	<input type="text"/> -tól <input type="text"/> -ig
Ha igen, annak jogcíme:	
Gyermekgondozási díj	<input type="checkbox"/>
Gyermekgondozást segítő ellátás (GYES)	<input type="checkbox"/>
Gyermeknevelési támogatás	<input type="checkbox"/>
EGT tagállamban családi ellátás	<input type="checkbox"/>

Az ellátásban részesülő (részesült)

Családi és utóneve:	
Születéskori neve:	
TAJ száma:	<input type="text"/>
Az ellátást folyósító szerv neve:	
Címe:	<input type="text"/>

A 2.3 pont szerinti gyermekgondozási díjban részesülés esetén (ahhoz, hogy az 1. pontban megjelölt kérelmező CSED-et kaphasson) ki kell tölteni a „Kérelem gyermekgondozási díjról történő lemondáshoz” elnevezésű nyomtatványt is. Ha a lemondás miatt jogalap nélküli kifizetés keletkezik, a 4. pont szerinti nyilatkozat közös kitöltésével hozzájárulhatnak az 1. pont szerinti kérelmező ellátásából történő levonáshoz.

3.

Az EGT valamely tagállamában a gyermekének születését megelőző két éven belül rendelkezett biztosítási jogviszonnal: Igen <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/>
Amennyiben igen a biztosítási jogviszony időtartama: <input type="text"/> .év <input type="text"/> .hó <input type="text"/> .napjától <input type="text"/> .év <input type="text"/> .hó <input type="text"/> .napjáig
A biztosítási jogviszony megnevezése:
A külföldi foglalkoztató neve:
Címe:
A munkavállalás helye szerinti tagállam meghatározott biztosítási száma:
További biztosítási jogviszony időtartama: <input type="text"/> .év <input type="text"/> .hó <input type="text"/> .napjától - <input type="text"/> .év <input type="text"/> .hó <input type="text"/> .napjáig
A biztosítási jogviszony megnevezése:
A külföldi foglalkoztató neve:
Címe:
A munkavállalás helye szerinti tagállam meghatározott biztosítási száma:
Az EGT valamely tagállamában Ön vagy más személy részére folyósítanak (folyósítottak) ellátást: Igen <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/>
Amennyiben igen az ellátás jogcíme:

Felelősségem tudatában kijelentem, hogy a csecsemőgondozási díj folyósításának időtartama alatt keresőtevékenységet személyesen nem folytatok, valamint a közölt adatok a valóságnak megfelelnek, egyben tudomásul veszem, hogy köteles vagyok az ellátás folyósítását érintő változásokat 8 napon belül az illetékes kormányhivatal egészségbiztosítási feladatkörében eljáró Járási Hivatalának/Budapest Főváros Kormányhivatala XIII. Kerületi Hivatalának bejelenteni. Ha a bejelentést elmulasztom, az ebből származó jogalap nélküli kifizetés teljes összegét és annak kamatait köteles vagyok megtéríteni.

Kelt,, .év .hó .nap

.....
a kérelmező saját kezű aláírása

4. Hozzájáruló nyilatkozat

Jelen nyilatkozatunkkal hozzájárulunk ahhoz, hogy a 2.3. 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 – felrőhatóságra tekintet nélkül – az a személy köteles visszafizetni, aki azt felvette.