**Nyilatkozat**

**Csecsemőgondozási díj és gyermekgondozási díj együttes igényléséhez**

**1. A kérelmezőre vonatkozó adatok**

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

**1.a. Az ellátások folyósítását bankszámlára kéri?**

|  |
| --- |
| Igen [ ]  Nem [ ]  |
| 1. Amennyiben igen, a számlát vezető pénzintézet neve: |       |
| Bankszámlaszám: |      -     -      |
|  2. Amennyiben nem, a folyósítás címe:  |
|  irányítószám |   |   |   |   | település |       |
|  utca |       | házszám |       |

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

|  |
| --- |
| Név:       Szül.idő:     . év   . hónap   . nap TAJ:            Név:       Szül.idő:     . év   . hónap   . nap TAJ:            Név:       Szül.idő:     . év   . hónap   . nap TAJ:            Név:       Szül.idő:     . év   . hónap   . nap TAJ:             |

**3. A kérelmező gyermekhez 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 folyósítására vonatkozó adatok**

|  |
| --- |
| A csecsemőgondozási díj folyósítását     . év   . hónap   . napjától kérem, |
| a szülés napjának figyelembevételével [ ]  |
| a szülés várható időpontjának figyelembevételével (max.28 nap) [ ] a szülés várható időpontja:     . év   . hónap   . nap |
| 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 elhalálozása napjának figyelembevételével [ ]  |
| a csecsemő (egyedül történő örökbefogadási szándékkal) nevelésbe, gondozásba vétele napjának figyelembevételével. [ ]  |

**5. A gyermekgondozási díj folyósítására vonatkozó adatok**

|  |
| --- |
| A gyermekgondozási díjat a csecsemőgondozási díj lejártát követő naptól [ ]  |
| vagy     . év   . hónap   . napjától kérem [ ]  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  **6.** A 2. pontban megjelölt gyermek(ek) után Ön vagy más személy részesül/részesült-e más pénzbeli vagy családtámogatási ellátásban | igen  | [ ]  | nem  | [ ]  |
| Amennyiben igen, az ellátás jogcíme: |
| Táppénz | [ ]  |
| Gyermekgondozást segítő ellátás (Gyes) | [ ]  |
| EGT tagállamban családi ellátás | [ ]  |
| **Az ellátásban részesülő adatai** |
| Családi és utóneve: |       |
| Születéskori neve: |       |
| TAJ száma: |             |
| Az ellátás folyósításának időtartama: |     . év   . hónap   . napjától -     . év   . hónap   . napjáig |
| Az ellátást megállapító szerv neve: |       |
|  Címe: | irányítószám |   |   |    |   | település |       |
|  utca |       | házszám |       | emelet, ajtó |       |
|  |
|  **7.** A háztartásban élő másik gyermeke(i) után más személy részére  folyósítanak/folyósítottak-e más pénzbeli vagy családtámogatási ellátást  | igen  | [ ]  | nem  | [ ]  |
| Amennyiben igen, az ellátás jogcíme: |
| Csecsemőgondozási díj  | [ ]  |
| Gyermekgondozási díj | [ ]  |
| Gyermekgondozást segítő ellátás (Gyes) | [ ]  |
| EGT tagállamban családi ellátás | [ ]  |
| **Az ellátásban részesülő adatai** |
| Családi és utóneve: |       |
| Születéskori neve: |       |
| TAJ száma: |             |
| Az ellátás folyósításának időtartama: |     . év   . hónap   . napjától -     . év   . hónap   . napjáig |
| Az ellátást megállapító szerv neve: |       |
|  Címe: | irányítószám |   |   |    |   | település |       |
|  utca |       | házszám |       | emelet, ajtó |       |

**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.** Az EGT valamely tagállamában a gyermekének születését megelőző két éven belül rendelkezett-e biztosítási jogviszonnyal: Igen [ ]  Nem [ ]  |
| Amennyiben igen a biztosítási jogviszony időtartama:     . év   . hó   -tól -     . év   . hó   -ig |
| A biztosítási jogviszony megnevezése:       |
| A külföldi foglalkoztató neve: |       |
|  Címe: |       |
| A munkavállalás helye szerinti tagállam meghatározott biztosítási száma:       |
| További biztosítási jogviszony időtartama:     . év   . hó   -tól -     . év   . hó   -ig |
| 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 [ ]  Nem [ ]  |
| Amennyiben igen az ellátás jogcíme:       |

|  |
| --- |
| **9.** Jelenleg rendelkezik-e egyidejűleg fennálló több jogviszonnyal? Igen [ ]  Nem [ ]  |
| A foglalkoztató neve: |       |
| Címe: | irányítószám |   |   |   |   | település |       |
|  utca |       | házszám |       | emelet, ajtó |       |
| A foglalkoztató neve: |       |
| Címe: | irányítószám |   |   |   |   | település |       |
|  utca |       | házszám |       | emelet, ajtó |       |

**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 Budapest Főváros Kormányhivatala XIII. Kerületi Hivatalának /Járási Hivatalnak, vagy a társadalombiztosítási kifizetőhelynek 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

**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.**

**Kérjük, hogy a nyilatkozatot figyelmesen olvassa el és írja alá!**