**Nyilatkozat**

**Csecsemőgondozási díj megállapításához**

**1. A kérelmező adatai**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| A csecsemőgondozási díj folyósítását bankszámlára kéri?  Igen  Nem | | | | | | | | | |
| 1. Amennyiben igen, bankszámlaszáma: | | | | -      - | | | | | |
| 2. Amennyiben nem, a folyósítás címe: | | | | | | | | | |
| Címe: | | irányítószám |  | | település | |  | | |
| utca |  | | | | házszám |  | | emelet, ajtó |  |

**2. A gyermek adatai, aki után a csecsemőgondozási díjat kéri**

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

**3. Csecsemőgondozási díj iránti kérelemre vonatkozó adatok**

|  |  |
| --- | --- |
| A csecsemőgondozási díjat     . év   . hónap   . naptól kérem, | |
| a szülés napjának figyelembevételével | |
| a szülés várható időpontjának figyelembevételével[[1]](#footnote-1)  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. | |
| a szülő nő felügyeleti joga megszűnése időpontjának figyelembe vételével | |
| A kérelmezőnek: | |
| Saját, örökbefogadott gyermeke |  |
| Házastársa (élettársa), bejegyzett élettársa gyermeke |  |
| Gyámként nevelt gyermeke |  |
| Örökbefogadási szándékkal gondozásba vett gyermeke |  |

**4. Más ellátás folyósítására vonatkozó adatok:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| A 2. pontban megjelölt gyermek 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:  Örökbefogadói 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 |  | | | | | házszám |  | | emelet, ajtó |  |
| Az ellátás folyósításának időtartama: | | | | | . év   . hónap   . napjától     . év   . hónap   . napjáig | | | | | |

**5. Más ellátás folyósítására vonatkozó további adatok:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| A 2. pontban megjelölt gyermeken 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:  Örökbefogadói 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 |  | | | | | házszám |  | | emelet, ajtó |  |
| Az ellátás folyósításának időtartama: | | | | | . év   . hónap   . napjától     . év   . hónap   . napjáig | | | | | |

**Az 5. 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.**

**6. 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:      . év   . hónap   . napjától     . év   . hónap   . napjáig | | |
| 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:      . év   . hónap   . napjától     . év   . hónap   . napjáig | | |
| A munkavállalás helye szerinti tagállam meghatározott biztosítási száma: | | |

*A csecsemőgondozási díjban részesülő köteles 8 napon belül az ellátást megállapító szerv külön felhívása nélkül bejelenteni minden olyan tényt, adatot, amely az ellátásra való jogosultságát vagy az ellátás folyósítását érinti.*

**Kijelentem,** **hogy az igénybejelentésen feltüntetett adatok a valóságnak megfelelnek, egyben tudomásul veszem azt, hogy köteles vagyok a csecsemőgondozási díj 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   . hónap   . nap

…………………………..…………………………. **igénylő vagy törvényes képviselő aláírása**

**7. Hozzájáruló nyilatkozat**

Jelen nyilatkozatunkkal hozzájárulunk ahhoz, hogy az 5. 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   . hónap   . 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.**

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. [↑](#footnote-ref-1)