

## Hozzájáruló nyilatkozat

az ellátásból történő levonáshoz

### 1. Az ellátást kérelmező szülő adatai

Családi és utóneve:	
Születéskori neve:	
Születési helye, időpontja:	, <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . év <input type="text"/> <input type="text"/> . hó <input type="text"/> <input type="text"/> . nap
TAJ száma:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

### 2. Az ellátást jogalap nélkül felvevő szülő adatai

Családi és utóneve:	
Születéskori neve:	
Születési helye, időpontja:	, <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . év <input type="text"/> <input type="text"/> . hó <input type="text"/> <input type="text"/> . nap
TAJ száma:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Jelen nyilatkozatunkkal hozzájárulunk ahhoz, hogy a 2. 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.**