

# KÉRELEM

## a gyermekgondozási díj továbbfolyósítására

A nyomtatványt abban az esetben kell kitölteni, ha a gyermekgondozási díj folyósítását korábban szüneteltette, és kéri az ellátás továbbfolyósítását; vagy, ha a biztosítási jogviszonya megszűnését követően újabb biztosítási jogviszonyt létesített. Amennyiben az ellátás megállapításáról rendelkezik határozattal, úgy a határozat másolatát a kérelméhez csatolni kell.

### 1. A kérelmező adatai

Családi és utóneve:	
Születéskori neve:	
Születési helye, időpontja:	, □□□□. év □□. hó □□. nap
TAJ száma:	□□□ □□□ □□□□

### 1.a. A gyermekgondozási díj folyósítását bankszámlára kéri?

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

### 2. A gyermek(ek) , aki(k) után a gyermekgondozási díjat folyósították:

Családi és utóneve:	
Születési helye, időpontja:	, □□□□. év □□. hó □□. nap
TAJ száma:	□□□ □□□ □□□□

Családi és utóneve:	
Születési helye, időpontja:	, □□□□. év □□. hó □□. nap
TAJ száma:	□□□ □□□ □□□□

### 3. Mely időponttól kéri a gyermekgondozási díj továbbfolyósítását:

□□□□. év □□. hónap □□. nap
----------------------------

### 4. A továbbfolyósításhoz szükséges adatok:

4.1. Korábban az ellátást Tb. kifizetőhely folyósította? Igen <input type="checkbox"/>	Nem <input type="checkbox"/>		
Amennyiben igen, a kifizetőhely (foglalkoztató) megnevezése:			
Címe: irányítószám	□□□□□□□□□□	település	
utca		házsám	
Amennyiben nem, a járási hivatal megnevezése:			
Címe: irányítószám	□□□□□□□□□□	település	
utca		házsám	

4.2. A 2. pontban megjelölt gyermek(ek) után jelenleg részesül-e valaki ellátásban Igen <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/>	
Amennyiben igen, az ellátásban részesülő családi és utóneve:	
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"/> <input type="text"/>
Az ellátás fajtája: Csecsemőgondozási díj: <input type="checkbox"/> Gyermekgondozási díj: <input type="checkbox"/> Gyermekgondozást segítő ellátás (gyes): <input type="checkbox"/> EGT tagállamban családi ellátás: <input type="checkbox"/>	

4.3. A 2. pontban megjelölt gyermek(ek)en kívül a háztartásában élő másik gyermek(ek) után jelenleg részesül-e más személy ellátásban? Igen <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/>	
Amennyiben igen, az ellátásban részesülő családi és utóneve:	
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"/> <input type="text"/>
Az ellátás fajtája: Csecsemőgondozási díj: <input type="checkbox"/> Gyermekgondozási díj: <input type="checkbox"/> Gyermekgondozást segítő ellátás (gyes): <input type="checkbox"/> EGT tagállamban családi ellátás: <input type="checkbox"/>	

**Gyermekgondozási díjban részesülés esetén ki kell tölteni a „Kérem gyermekgondozási díjról történő lemondáshoz” elnevezésű nyomtatványt is. Ha a lemondás miatt jogalap nélküli kifizetés keletkezik, az 5. pont szerinti nyilatkozat közös kitöltésével hozzájárulhatnak az 1. pont szerinti kérelmező ellátásából történő levonáshoz.**

**A gyermekgondozási díjban részesülő személy köteles 8 napon belül az illetékes folyósító szerv külön felszólítása nélkül bejelenteni minden olyan tény, adatot, amely az ellátásra való jogosultságát érinti.**

**Kijelentem, hogy a kérelemben feltüntetett adatok a valóságnak megfelelnek, és egyben tudomásul veszem, hogy az ellátás folyósítását érintő változásokat köteles vagyok bejelenteni. Ha a változások bejelentését elmulasztom, akkor az ebből származó jogalap nélküli kifizetés teljes összegét és annak kamatait köteles vagyok megtéríteni.**

Kelt, ....., . év . hó .nap

.....  
**A kérelmező (törvényes képviselő)  
saját kezű aláírása**

### 5. Hozzájáruló nyilatkozat

Jelen nyilatkozatunkkal hozzájárulunk ahhoz, hogy a 4.2., illetve 4.3. 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.**