

# 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 gyámkirendelés 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 megállapító 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"/>		



#### 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.**