**IGÉNYBEJELENTÉS**

**gyermekgondozási díjra**

**1. A kérelmező adatai**

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
|  **2.** A gyermekgondozási díjat  |       . év   . hó   . napjától igénylem |

|  |
| --- |
| **3**. A gyermek(ek) adatai, aki(k) után a gyermekgondozási díjat kériNév:      , 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:             |

|  |
| --- |
| **4.** A kérelmezőnek |
| 4.1 | Saját, örökbefogadott gyermeke | [ ]  |
| 4.2 | Házastársa (élettársa) bejegyzett élettársa gyermeke | [ ]  |
| 4.3 | Gyámként nevelt gyermeke | [ ]  |
| 4.4 | Örökbefogadási szándékkal gondozásba vett gyermeke | [ ]  |
| A gyermek(ek) háztartásba kerülésének időpontja |     . év   . hónap   . nap |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **5.** A 3. pontban megjelölt gyermek után részesül/részesült-e valaki ellátásban | igen [ ]  | nem [ ]  |
| Amennyiben igen |
| **5.1** | Csecsemőgondozási díjban | [ ]  |
| **5.2** | Gyermekgondozási díjban | [ ]  |
| **5.3** | Gyermekgondozást segítő ellátásban (GYES) | [ ]  |
| **5.4** | EGT tagállamban - családi ellátásban | [ ]  |

|  |
| --- |
| **5.a** Az ellátásban részesülő(részesült) |
| Családi és utóneve: |       |
| TAJ száma: |             |
| Születési helye: |       |
| Születési időpontja: |     . év   . hónap   . nap |
| Anyjának születéskori neve: |       |
| **5.b** A folyósítás időtartama |     . év   . hónap   . napjától     . év   . hónap   . napjáig |
| A folyósító szerv neve: |       |
| Címe: | irányítószám |   |   |   |   | település |       |
|  utca |       | házszám |       | emelet, ajtó |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **6.** Van(nak)-e a háztartásban másik gyermek(ek) akik után a kérelmező, vagy más személy ellátásban részesül/részesült? | igen [ ]  | nem [ ]  |
| Amennyiben igen az ellátás jogcíme |
| **6.1** | Csecsemőgondozási díjban | [ ]  |
| **6.2** | Gyermekgondozási díjban | [ ]  |
| **6.3** | Gyermekgondozást segítő ellátásban (GYES) | [ ]  |
| **6.4** | EGT tagállamban - családi ellátásban | [ ]  |

|  |
| --- |
| **6.a** Az ellátásban részesülő (részesült) |
| Családi és utóneve: |       |
| TAJ száma:  |             |
| Születési helye: |       |
| Születési időpontja:  |     . év   . hónap   . nap |
| Anyjának születéskori neve: |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **6.b** A folyósítás időtartama |     . év   . hónap   . napjától     . év   . hónap   . napjáig |
| A folyósító szerv neve:       |
| Címe: | irányítószám |   |   |   |   | település |       |
|  utca |        | házszám |       | emelet, ajtó |       |

**Ha az 5., illetve 6. pont alapján az 1. pontban megjelölt kérelmezőn kívül, más személy gyermekgondozási díjban részesül(t), ,(ahhoz, hogy az 1. pontban megjelölt kérelmező GYED-et kaphasson) ki kell tölteni a „Kérelem gyermekgondozási díjról történő lemondáshoz” elnevezésű nyomtatványt is. Ha a lemondás miatt jogalap nélküli kifizetés keletkezik, a 8. pont szerinti nyilatkozat közös kitöltésével hozzájárulhatnak az 1. pont szerinti kérelmező ellátásából történő levonáshoz.**

|  |
| --- |
| **7.** Az EGT valamely tagállamában a gyermekének születését megelőző két éven belül rendelkezett biztosítási jogviszonnyal: Igen [ ]  Nem [ ]  |
| Amennyiben igen a biztosítási jogviszony időtartama:     . év   . hónap   . napjától     . év   . hónap   . napjáig |
| A biztosítási jogviszony megnevezése:       |
| A külföldi foglalkoztató neve: |       |
| Címe |        |
| A munkavállalás helye szerinti tagállam meghatározott biztosítási száma: |
| Amennyiben igen a biztosítási jogviszony időtartama:     . év   . hónap   . napjától     . év   . hónap   . napjáig |
| A külföldi foglalkoztató neve: |       |
| Címe |       |
| Az EGT valamely tagállamában Ön vagy más személy részére folyósítanak (folyósítottak) ellátást:  Igen [ ]  Nem [ ]  |
| Amennyiben igen az ellátás jogcíme:       |

|  |
| --- |
| **7.a** Jelenleg rendelkezik-e egyidejűleg fennálló több jogviszonnyal? Igen [ ]  Nem [ ]  |
| Amennyiben igen: |
| A foglalkoztató neve:       |
| Címe: | irányítószám |   |   |   |   | település |       |
|  utca |       | házszám |       | emelet, ajtó |       |
| A foglalkoztató neve:       |
| Címe: | irányítószám |   |   |   |   | település |       |
|  utca |       | házszám |       | emelet, ajtó |       |

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

***Köteles bejelenteni például, ha:***

* *a gyermekgondozási díjra jogosító gyermek a háztartásából kikerül,*
* *a gyermekgondozási díjra jogosító gyermek napközben ellátásban részesül, anélkül, hogy a gyermekgondozási díjat igénylő keresőtevékenységet folytatna*

**Kijelentem,** **hogy az igénybejelentésen feltüntetett adatok a valóságnak megfelelnek, egyben tudomásul veszem azt, hogy köteles vagyok a gyermekgondozási díj folyósítását érintő változásokat 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**

**8. Hozzájáruló nyilatkozat**

Jelen nyilatkozatunkkal hozzájárulunk ahhoz, hogy az 5.a., illetve 6.a. 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.**