

# Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság

## Nyilatkozat

Csecsemőgondozási díj és gyermekgondozási díj együttes igényléséhez

### 1. A kérelmezőre vonatkozó adatok

Családi és utóneve:	RSM ERIKA
Születéskori neve:	RSM ERIKA
Anyja neve	RSM MÁRTA
Születési helye:	BUDAPEST
Születési időpontja:	1985. év 01. hónap 01. nap
TAJ száma:	111 222 333

#### 1.a. Az ellátások folyósítását bankszámlára kéri?

Igen <input checked="" type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/>	
1. Amennyiben igen, a számlát vezető pénzüintézet neve:	MINTA BANK
Bankszámlaszám:	11111111-22222222-00000000
2. Amennyiben nem, a folyósítás címe:	
irányítószám	település:
utca:	házszám

### 2. A gyermek(ek) adatai, aki(k) után az ellátásokat igényli

Név:.....RSM.GÉZA.....Szül.idő: 2020. év 06. hó 01. nap TAJ: 123 456 789
Név:.....Szül.idő: □□□□. év□□. hó□□. nap TAJ: □□□ □□□ □□□
Név:.....Szül.idő: □□□□. év□□. hó□□. nap TAJ: □□□ □□□ □□□
Név:.....Szül.idő: □□□□. év□□. hó□□. nap TAJ: □□□ □□□ □□□

### 3. A kérelmező gyermekhez való viszonya

A kérelmezőnek	
Saját, örökbefogadott gyermeke	<input checked="" type="checkbox"/>
Házastársa (élettársa), bejegyzett élettársa gyermeke	<input type="checkbox"/>
Gyámként nevelt gyermeke	<input type="checkbox"/>
Örökbefogadási szándékkal gondozásba vett gyermeke	<input type="checkbox"/>
A gyermek(ek) háztartásba kerülésének időpontja	2020. év 06. hónap 01. nap

### 4. A csecsemőgondozási díj folyósítására vonatkozó adatok

A csecsemőgondozási díj folyósítását 2020. év 06. hónap 01. napjától kérem,	
a szülés napjának figyelembevételével	<input checked="" type="checkbox"/>
a szülés várható időpontjának figyelembevételével (max.28 nap)	<input type="checkbox"/>
a szülés várható időpontja: □□□□. év□□. hónap□□. nap	
a gondozásba vétel napjának figyelembevételével	<input type="checkbox"/>
a gyámki rendelés 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"/>

### 5. A gyermekgondozási díj folyósítására vonatkozó adatok

A gyermekgondozási díjat a csecsemőgondozási díj lejártát követő naptól	
vagy □□□□. év□□. hónap □ napjától kérem	<input checked="" type="checkbox"/>

6. A 2. pontban megjelölt gyermek(ek) után Ön vagy más személy részesül/részesült-e más pénzbeli vagy családtámogatási ellátásban		igen <input type="checkbox"/>	nem <input checked="" type="checkbox"/>
Amennyiben igen, az ellátás jogcíme:			
Táppénz		<input type="checkbox"/>	
Gyermekgondozást segítő ellátás (Gyes)		<input type="checkbox"/>	
EGT tagállamban családi ellátás		<input type="checkbox"/>	
<b>Az ellátásban részesülő adatai</b>			
Családi és utóneve:			
Születéskori neve:			
TAJ száma:		□□□□□□□□□□	
A folyósítás időtartama:		□□□□. év □□ hó □□ naptól - □□□□ év □□ hónap □□. napjáig	
A folyósító szerv neve:			
Címe: □□□□			
utca:		házsám:	emelet, ajtó:

7. A háztartásban élő másik gyermeke(i) után más személy részére folyósítanak/folyósítottak-e más pénzbeli vagy családtámogatási ellátást		igen <input type="checkbox"/>	nem <input checked="" type="checkbox"/>
Amennyiben igen, az ellátás jogcíme:			
Csecsemőgondozási díj		<input type="checkbox"/>	
Gyermekgondozási díj		<input type="checkbox"/>	
Gyermekgondozást segítő ellátás (Gyes)		<input type="checkbox"/>	
EGT tagállamban családi ellátás		<input type="checkbox"/>	
<b>Az ellátásban részesülő adatai</b>			
Családi és utóneve:			
Születéskori neve:			
TAJ száma:		□□□□□□□□□□	
A folyósítás időtartama:		□□□□. év □□ hó □□ naptól - □□□□ év □□ hónap □□. napjáig	
A folyósító szerv neve:			
Címe: □□□□			
utca		házsám	emelet, ajtó

Ha a 7. pont alapján az 1. pontban megjelölt kérelmezőn kívül, más személy gyermekgondozási díjban részesül(t), (ahhoz, hogy az 1. pontban megjelölt kérelmező CSED-et, illetve GYED-et kaphasson) ki kell tölteni a „Kérelem gyermekgondozási díjról történő lemondáshoz” elnevezésű nyomtatványt is. Ha a lemondás miatt jogalap nélküli kifizetés keletkezik, a 10. pont szerinti nyilatkozat közös kitöltésével hozzájárulhatnak az 1. pont szerinti kérelmező ellátásából történő levonáshoz.

8. Az EGT valamely tagállamában a gyermekének születését megelőző két éven belül rendelkezett-e biztosítási jogviszonnyal: igen <input type="checkbox"/> nem <input checked="" type="checkbox"/>	
A jogviszony időtartama: □□□□. év □□. hó □□-tól - □□□□. év □□. hó □□-ig	
A biztosítási jogviszony megnevezése:	
A külföldi foglalkoztató neve:	
Címe:	
A munkavállalás helye szerinti tagállam meghatározott biztosítási száma:	
A jogviszony időtartama: □□□□. év □□. hó □□-tól - □□□□. év □□. hó □□-ig	
A biztosítási jogviszony megnevezése:	
A külföldi foglalkoztató neve:	
Címe:	
A munkavállalás helye szerinti tagállam meghatározott biztosítási száma:	
Az EGT valamely tagállamában Ön vagy más személy részére folyósítanak (folyósítottak) ellátást: igen <input type="checkbox"/> nem <input checked="" type="checkbox"/>	
Amennyiben igen az ellátás jogcíme:	

9. Jelenleg rendelkezik-e egyidejűleg fennálló több jogviszonnyal?			igen <input type="checkbox"/>	nem <input checked="" type="checkbox"/>
A foglalkoztató neve:				
Címe: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
utca:		házsám:	emelet, ajtó:	
A foglalkoztató neve:				
Címe: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
utca:		házsám	emelet, ajtó:	

**Felelősségem tudatában kijelentem, hogy a csecsemőgondozási díj folyósításának időtartama alatt keresőtevékenységet személyesen nem folytatok, valamint a közölt adatok a valóságnak megfelelnek, egyben tudomásul veszem, hogy köteles vagyok az ellátás folyósítását érintő változásokat 8 napon belül az illetékes Budapest Főváros Kormányhivatala XIII. Kerületi Hivatalának /Járási Hivatalnak, vagy a társadalombiztosítási kifizetőhelynek bejelenteni. Ha a bejelentést elmulasztom, az ebből származó jogalap nélküli kifizetés teljes összegét és annak kamatait köteles vagyok megtéríteni.**

Kelt,.....**BUDAPEST**....., **2020**. év **06**. hó **15**. nap

**RSM ERIKA**

.....  
a kérelmező saját kezű aláírása

#### 10. Hozzájáruló nyilatkozat

Jelen nyilatkozatunkkal hozzájárulunk ahhoz, hogy a 7. 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.**

**Kérjük, hogy a nyilatkozatot figyelmesen olvassa el és írja alá!**