

**HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT**  
**ELLÁTÁSBÓL TÖRTÉNŐ LEVONÁSHOZ**

**1. Az ellátást kérelmező szülő adatai**

Viselt családi és utónév:	
Születési családi és utónév:	
Anyja születési családi és utóneve:	
Születési hely:	
Születési idő:	□□□□. év □□. hónap □□. nap
TAJ szám:	□□□ □□□ □□□
Lakcíme:	

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

Viselt családi és utónév:	
Születési családi és utónév:	
Anyja születési családi és utóneve:	
Születési hely:	
Születési idő:	□□□□. év □□. hónap □□. nap
TAJ szám:	□□□ □□□ □□□
Lakcíme:	

Jelen nyilatkozatunkkal hozzájárulunk ahhoz, hogy a 2. pontban nevezett személy által jogalap nélkül felvett pénzbeli egészségbiztosítási ellátás összege az 1. pont szerinti személy részére - a közös háztartásban nevelt gyermekünkre tekintettel - megállapításra kerülő ellátás összegéből levonásra kerüljön.<sup>1</sup>

Kelt: \_\_\_\_\_, □□□□. év □□. hónap □□. nap

\_\_\_\_\_  
Ellátást kérelmező szülő

\_\_\_\_\_  
Ellátást jogalap nélkül felvevő szülő

<sup>1</sup> A levonáshoz való hozzájárulásra vonatkozó egybehangzó nyilatkozat hiányában a jogalap nélkül felvett ellátást - felróhatóságra tekintet nélkül - az a személy köteles visszafizetni, aki azt felvette.