

## KÉRELEM

### A CSECSEMŐGONDOZÁSI DÍJ, A GYERMEKGONDOZÁSI DÍJ ÉS AZ ÖRÖKBEFOGADÓI DÍJ TOVÁBBFOLYÓSÍTÁSA IRÁNT<sup>1</sup>

#### 1. Kapcsolattartási mód a hatósággal<sup>2</sup>

|   |                          |
|---|--------------------------|
| Írásbeli kapcsolattartás:   | <input type="checkbox"/> |
| Elektronikus úton (Ügyfélkapu használatával) történő kapcsolattartás: | <input type="checkbox"/> |

#### 2. A kérelmező adatai

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| Viselt családi és utónév:           |  |
| Születési családi és utónév:        |  |
| Anyja születési családi és utóneve: |  |
| Születési hely:                     |  |
| Születési idő:                      | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . év <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . hónap <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . nap |
| TAJ szám:                           |  |
| Lakcíme:                            |  |

#### 3. Ellátás megnevezése

|                                |                          |                                   |                          |
|--------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Csecsemőgondozási díj          | <input type="checkbox"/> | Nevelőszülői gyermekgondozási díj | <input type="checkbox"/> |
| Gyermekgondozási díj           | <input type="checkbox"/> | Nagyszülői gyermekgondozási díj   | <input type="checkbox"/> |
| Hallgatói gyermekgondozási díj | <input type="checkbox"/> | Örökbefogadói díj                 | <input type="checkbox"/> |

#### 4. Az ellátás folyósításához szükséges adatok

##### 4.1. Az ellátás folyósítását bankszámlára kéri?

Igen  
 Nem

##### 4.2. Amennyiben igen, a bankszámlaszáma

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| Pénzforgalmi szolgáltató neve: |  |
| Számlaszáma:                   |  |

##### 4.3. Amennyiben nem, a folyósítási címe

|  |  |
|--|--|
| Irányítószám:                              |  |
| Település:                                 |  |
| Közterület neve:                           |  |
| Közterület jellege:                        |  |
| Hákszám (épület, lépcsőház, emelet, ajtó): |  |

#### 5. A gyermek(ek) adatai, aki(k) után a megjelölt ellátást folyósították

|                              |  |
|------------------------------|--|
| Viselt családi és utónév:    |  |
| Születési családi és utónév: |  |

<sup>1</sup> A nyomtatványt abban az esetben kell kitölteni, ha

- ha a biztosítási jogviszonya megszűnését követően újabb biztosítási jogviszonyt létesített,  
- vagy korábban kérte az ellátás folyósításának megszüntetését (mert például azt más személy vette igénybe), szüneteltetését és ismételtlen kéri az ellátás folyósítását.

A kérelemhez csatolni kell az ellátás megállapításáról szóló határozat másolatát.

<sup>2</sup> Kizárólag abban az esetben töltendő ki, ha a foglalkoztató társadalombiztosítási kifizetőhelyet nem működtet. Ebben az esetben viszont az egyik válaszlehetőség jelölése kötelező! Az elektronikus úton történő kapcsolattartás kizárólag Ügyfélkapuval rendelkező ügyfelek számára választható.

|                                     |                            |
|-------------------------------------|----------------------------|
| Anyja születési családi és utóneve: |                            |
| Születési hely:                     |                            |
| Születési idő:                      | □□□□. év □□. hónap □□. nap |
| TAJ szám:                           |                            |

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

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

### 6. Mely időponttól kéri az ellátás továbbfolyósítását?

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

### 7. A továbbfolyósításhoz szükséges adatok<sup>3</sup>

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| Ellátást megállapító szerv neve: |  |
| Ellátást megállapító szerv címe: |  |

### 8. Más ellátás folyósítására adatok

#### 8.1. Az 5. pontban megjelölt gyermek(ek) után részesül / részesült-e valaki ellátásban?

- Igen  
 Nem

#### 8.2. Amennyiben igen, az ellátásban részesülő személy adatai

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

#### 8.3. Az ellátás fajtája

- Csecsemőgondozási díj (CSED)   
Gyermekgondozási díj (GYED)   
Örökbefogadói díj   
Gyermekgondozást segítő ellátás (GYES)   
Gyermeknevelési támogatás (GYET)   
EGT tagállamban családi ellátás   
EGT tagállamban anyasági (apasági) ellátás

<sup>3</sup> Ha az ellátást a foglalkoztatónál működő társadalombiztosítási kifizetőhely folyósította, a kifizetőhely, ennek hiányában a foglalkoztató székhelye szerint illetékes kormányhivatal adatait kell feltüntetni.

**8.4 Az ellátást megállapító szerv adatai**

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| Ellátást megállapító szerv neve: |  |
| Ellátást megállapító szerv címe: |  |

**8.5. Az ellátás folyósításának időtartama**

□□□□. év □□. hónap □□. napjától □□□□. év □□. hónap □□. napjáig

**9. Más ellátás folyósítására vonatkozó további adatok****9.1. Az 5. pontban megjelölt gyermek(ek)en kívül a szülők háztartásában élő másik gyermek(ek) után részesül / részesült-e más személy ellátásban?**

- Igen  
 Nem

**9.2. Amennyiben igen, az ellátásban részesülő személy adatai**

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

**9.3. Az ellátás fajtája**

- Csecsemőgondozási díj (CSED)   
Gyermekgondozási díj (GYED)   
Örökbefogadói díj   
Gyermekgondozást segítő ellátás (GYES)   
Gyermeknevelési támogatás (GYET)   
EGT tagállamban családi ellátás   
EGT tagállamban anyasági (apasági) ellátás

**9.4. Az ellátást megállapító szerv adatai**

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| Ellátást megállapító szerv neve: |  |
| Ellátást megállapító szerv címe: |  |

**9.5. Az ellátás folyósításának időtartama**

□□□□. év □□. hónap □□. napjától □□□□. év □□. hónap □□. napjáig

**Felelősségem tudatában kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek. Tudomásul veszem, hogy köteles vagyok az ellátásra való jogosultságot vagy az ellátás folyósítását érintő változásokat 8 napon belül bejelenteni az ellátást megállapító szerv részére. Ha a bejelentést elmulasztom, az ebből származó jogalap nélküli kifizetés teljes összegét és annak esetleges kamatait köteles vagyok visszafizetni.**

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

\_\_\_\_\_  
Kérelmező / Törvény képviselő / Meghatalmazott