

Iktatószám:

Ügyintéző:

Tel. :

Melléklet:

**ADATLAP**

a méltányosságból engedélyezhető pénzbeli ellátások igényléséhez

**Társadalombiztosítási kifizetőhelyek részére**

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 50.§ (bekezdés száma) alapján megküldöm Név:....., szül. idő: □□□□. év□□. hó □□ nap, TAJ: □□□ □□□ □□□, Lakcím: □□□□....., méltányosságból engedélyezhető saját jogú táppénz, gyermekápolási táppénz, csecsemőgondozási díj, gyermekgondozási díj folyósítására vonatkozó kérelmét. *(megfelelő aláhúzendő)*

**Gyermekápolási táppénz, csecsemőgondozási díj, gyermekgondozási díj esetén a gyermek adatai:**

Családi és utóneve:	
Születési helye, ideje:	□□□□. év □□. hó □□. nap
Anyja születéskori neve:	
TAJ száma:	

**Táppénz, gyermekápolási táppénz esetén kitöltendő**

Jelenlegi keresőképtelenség első napja	□□□□. év□□. hó □□. nap
Az igénybenyújtás időpontja:	□□□□. év□□. hó □□. nap
A keresőképtelenséget megelőző utolsó munkában töltött nap:	□□□□. év□□. hó □□. nap
Az igazolt keresőképtelenség tartalma alatt munkabérben, díjazásban részesült:	□□□□. év□□. hó □□. naptól □□□□. év□□. hó □□. napig
A keresőképtelenség évében igénybe vett betegszabadság időtartama:	□□□□. év□□. hó □□. naptól □□□□. év□□. hó □□. napig □□ nap
	□□□□. év□□. hó □□. naptól □□□□. év□□. hó □□. napig □□ nap
	□□□□. év□□. hó □□. naptól □□□□. év□□. hó □□. napig □□ nap
	□□□□. év□□. hó □□. naptól □□□□. év□□. hó □□. napig □□ nap
	□□□□. év□□. hó □□. naptól □□□□. év□□. hó □□. napig □□ nap
	Összesen: □□ nap
A jelenlegi táppénzre jogosultság első napja	□□□□. év □□. hó □□. nap
A táppénz naptári napi alapja (100%)	□□□.□□□□,□□ Ft

## Előzmények

Saját jogon folyósított táppénz időtartama:	□□□□. év□□. hó□□. naptól □□□□. év□□. hó□□. napig □□ nap
	□□□□. év□□. hó□□. naptól □□□□. év□□. hó□□. napig □□ nap
	□□□□. év□□. hó□□. naptól □□□□. év□□. hó□□. napig □□ nap
	□□□□. év□□. hó□□. naptól □□□□. év□□. hó□□. napig □□ nap
	□□□□. év□□. hó□□. naptól □□□□. év□□. hó□□. napig □□ nap
	Összesen: □□ nap

Gyermek jogán folyósított táppénz időtartama:	□□□□. év□□. hó□□. naptól □□□□. év□□. hó□□. napig □□ nap
	□□□□. év□□. hó□□. naptól □□□□. év□□. hó□□. napig □□ nap
	□□□□. év□□. hó□□. naptól □□□□. év□□. hó□□. napig □□ nap
	□□□□. év□□. hó□□. naptól □□□□. év□□. hó□□. napig □□ nap
	□□□□. év□□. hó□□. naptól □□□□. év□□. hó□□. napig □□ nap
	Összesen: □□ nap

Orvosi igazolást mely időpontig adott le:	□□□□. év□□. hó□□. nap
Táppénz jogosultság megszűnésének napja:	□□□□. év□□. hó□□. nap
Erről szóló határozat száma, kelte:	□□□□. év□□. hó□□. nap
Táppénzjogosultság megszűnését követően fizetett szabadság időtartama:	□□□□. év□□. hó□□. naptól □□□□. év□□. hó□□. napig

**Csecsemőgondozási díj igénylése esetén kitöltendő**

A szülést megelőző két éven belül (előzetes) biztosításban töltött napok száma:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> nap
A szülési szabadságot megelőzően utolsó munkában töltött nap:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . év <input type="text"/> <input type="text"/> . hó <input type="text"/> <input type="text"/> . nap
A szülés várható időpontja: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . év <input type="text"/> <input type="text"/> . hó <input type="text"/> <input type="text"/> . nap, vagy a szülés napja: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . év <input type="text"/> <input type="text"/> . hó <input type="text"/> <input type="text"/> . nap	

**Gyermekgondozási díj igénylése esetén kitöltendő**

A szülést, vagy gyermekgondozási díjra való jogosultságot megelőző két éven belül (előzetes) biztosításban töltött napok száma: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> nap	
A fent nevezett gyermekekre tekintettel az alábbi ellátások közül más személy részesül/részesült-e? Igen <input type="checkbox"/> , Nem <input type="checkbox"/>	
Amennyiben igen, az ellátás fajtája: <input type="checkbox"/> csecsemőgondozási díj, <input type="checkbox"/> gyermekgondozási díj <input type="checkbox"/> gyermekgondozást segítő ellátás (gyes)	

A folyósítás időtartama:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . év <input type="text"/> <input type="text"/> . hó <input type="text"/> <input type="text"/> . naptól <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . év <input type="text"/> <input type="text"/> . hó <input type="text"/> <input type="text"/> . napig
Az ellátásban részesült családi és utóneve:	
Születési ideje:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . év <input type="text"/> <input type="text"/> . hó <input type="text"/> <input type="text"/> . nap
TAJ száma:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Kelt, ....., . év . hó . nap

PH.

.....  
adatközlő aláírása

Telefonszáma: .....

**Az ellátásra való jogosultság elutasításáról szóló végleges határozat egy példányát kérjük jelen adatközléshez csatolni.**