



ÖNSEGÉLYEZŐ PÉNZTÁRI SZOLGÁLTATÁS IGÉNYBEJELENTÉS
Gyermekgondozási (CSED, GYED) támogatásra
- egyéni számláról történő elszámolás -

Gyermekenként külön kell benyújtani.

Elektronikusan csak hiteles elektronikus aláírással ellátott PDF-ként nyújtható be.

Kérjük a nyilatkozatot nyomtatott nagybetűkkel kitölteni. A *-al jelölt mezők kitöltése kötelező.

Pénztártag neve*:		Tagi azonosító*:								
Telefonszám:		E-mail cím:								

Érintett személyek adatai:

Szolgáltatásra jogosult neve:										
Szolgáltatásra jogosult születési dátuma:										
Szolgáltatásra jogosult gyermek neve*:										
Szolgáltatásra jogosult gyermek születési dátuma*:										

Csatolandó dokumentum:

- Igazolás (határozat) a kapott ellátás megállapításáról.

Igényelt összeg: _____ Ft/hó, azaz _____ forint/hó.

Amennyiben a mellékelt határozat alapján jogosult vagyok **visszamenőleges** elszámolásra, akkor annak kifizetését is kérem: igen nem (Megfelelőt kérjük jelölje!)

Kérem, hogy a kifizetendő szolgáltatás összegét szíveskedjenek (Megfelelőt kérjük jelölje!)

a Pénztárnak korábban megadott, nevemre szóló **bankszámlaszámra utalni.**

az alábbi címre postázni: _____

Új bankszámlaszám és cím itt nem adható meg, adatmódosításhoz szükséges nyomtatvány a gondoskodasegeszsegpenztar.hu honlapról tölthető le.

Tudomásul veszem, hogy a jogosultság megszűnését a megszűnés időpontját követő 30 napon belül be kell jelentenem a Pénztárnak. A bejelentés elmulasztásának következményei engem, mint pénztártagot terhelnek. Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a nyomtatványon közölt adataim a valóságnak megfelelnek, az általam mellékelteként csatolt iratok a hatóság által kiállított példánnyal megegyeznek, az ellátásra való jogosultságom fennáll.

A Pénztár adatkezeléséről szóló tájékoztatója elérhető nyomtatott formában a Pénztár ügyfélszolgálatán, valamint online a Pénztár weboldalán, az **Adatkezelési Tájékoztató** linken. Aláírással elismerem, hogy az adatkezelésről szóló pénztári tájékoztatót megismertem, az abban foglaltakat tudomásul veszem.

Dátum: _____

Elektronikusan aláírt dokumentum esetén nem szükséges.

Pénztártag aláírása

Pénztár tölti ki!

Első utalás dátuma: _____ Lejárat dátum: _____

Egyéni számláról utalható összeg: _____ Ft/hó.

Az igény nem teljesíthető, az elutasítás oka: _____

Visszaküldendő _____ db _____

Gondoskodás Egészség- és Önszegélyező Pénztár