

ADATLAP FOGLALKOZTATÓI IGAZOLÁSHOZ

Igényelt ellátás: táppénz terhességi-gyermekágyi segély gyermekgondozási díj
baleseti táppénz gyermek ápolása címén igényelt táppénz ("gyáp")

1. A kérelmező (biztosított, foglalkoztatott) adatai:

Családi és utóneve: _____ TAJ-száma:
Az ellátás folyósítását bankszámlára kéri: igen nem
Bankszámla száma: _____ - _____ - _____
Amennyiben az ellátást nem bankszámlára kéri utalni, akkor a folyósítás címe: _____ (város, község)
Irányítószám: _____ Közterület neve: _____ Házszám/hrs. _____

3. Az ellátás alapját képező biztosításra vonatkozó adatok:

1. Gyermekgondozási segély, gyermeknevelési támogatás, ápolási díj folyósítása mellett végez munkát: igen nem
2. Ha igen, a munkavégzés kezdetének időpontja: _____
3. Nyugellátásban részesül: igen nem , a nyugellátás folyósítását szünetelteti: igen nem
4. Ha igen, a szüneteltetés kezdetének időpontja: _____
5. Az igénybe vett nyugellátás megnevezése és törzsszáma: _____
6. A keresőképzetlenséget megelőző két éven belül a biztosítás szünetelt: igen nem
A biztosítás szünetelésének időtartama:
_____-tól _____-ig _____-től _____-ig
_____-tól _____-ig _____-től _____-ig
_____-tól _____-ig _____-től _____-ig

4. További biztosítási jogviszonyokra vonatkozó adatok:

4.1. Az EGT tagállamban megszerzett biztosítási idő(k)re vonatkozó adatok:

Ha a keresőképzetlenséget, szülést, vagy a gyermekgondozási díj igénybevételét megelőző két éven belül EU tagállamban biztosított volt, annak időtartama: _____ -től _____ -ig, annak jogcíme: _____

A külföldi foglalkoztató neve: _____
Címe: _____ (város, község)
Irányítószám: _____ Közterület neve: _____ Házszám/hrs.: _____

A munkavállalás helye szerinti tagállam meghatározott biztosítási száma: _____

A külföldi biztosító neve: _____
Címe: _____ (város, község)
Irányítószám: _____ Közterület neve: _____ Házszám/hrs.: _____

4.2. Az ellátás kezdő időpontját megelőző két évi biztosítási jogviszonyok :

1. Foglalkoztató neve : _____ Adószáma : _____
Címe : _____ (város, község) Irányítószám : _____ Közterület neve : _____
Közterület jellege : _____ Házszám/hrs. : _____ Épület : _____ Lépcsőház : _____ Emelet : _____ Ajtó : _____
Heti munkaidő : _____ óra
Jogviszony kezdete : _____ Jogviszony vége : _____

2. Foglalkoztató neve : _____ Adószáma : _____
Címe : _____ (város, község) Irányítószám : _____ Közterület neve : _____
Közterület jellege : _____ Házszám/hrs. : _____ Épület : _____ Lépcsőház : _____ Emelet : _____ Ajtó : _____
Heti munkaidő : _____ óra
Jogviszony kezdete : _____ Jogviszony vége : _____

3. Foglalkoztató neve : _____ Adószáma : _____
Címe : _____ (város, község) Irányítószám : _____ Közterület neve : _____
Közterület jellege: _____ Házszám/hrsz : _____ Épület : _____ Lépcsóház : _____ Emelet : _____ Ajtó : _____
Heti munkaidő : _____ óra
Jogviszony kezdete : _____ Jogviszony vége : _____

4.2.4. Az igénybejelentést megelőző két éven belül álláskereső támogatásban (munkanélküli ell.) részesült: igen nem
_____ -től _____ -ig _____ -tó _____ -ig

6. Az EGT tagállamban igénybe vett ellátásokra vonatkozó adatok:

EGT Tagállamban részesül –e nyugdíjban : igen nem betegséggel kapcsolatos ellátásban : igen nem
Anyasággal kapcsolatos ellátásban : igen nem Közös háztartásban élő gyermek után családtag részesül –e más
tagállamban anyasággal kapcsolatos ellátásban : igen nem

Kelt: _____

A kérelmező sajátkezű aláírása

Megjegyzés:

Kérjük, hogy az adatlap valamennyi kérdésére szíveskedjen a sor kitöltésével, illetve az IGEN vagy a NEM megjelölésével válaszolni !

A hiányosan kitöltött adatlapot nem lehet az Egészségpénztár részére továbbítani, így az ellátás kifizetésére a hiánypótlásig nem kerülhet sor !

