Nazwa organu właściwego prowadzącego postępowanie w sprawie jednorazowego świadczenia [1]
Adres [1]

SR

[1] Przez organ właściwy rozumie się wójta, burmistrza lub prezydenta miasta właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby uprawnionej.

WNIOSEK
O USTALENIE PRAWA DO JEDNORAZOWEGO ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU URODZENIA SIĘ DZIECKA, U KTÓREGO ZDIAGNOZOWANO CIĘŻKIE I NIEODWRACALNE UPOŚLEDZENIE ALBO NIEULECZALNĄ CHOROBĘ ZAGRAŻAJĄCĄ ŻYCIU, KTÓRE POWSTAŁY W PRENATALNYM OKRESIE ROZWOJU DZIECKA LUB W CZASIE PORODU

CZĘŚĆ I

1. Dane osoby ubiegającej się o ustalenie prawa do jednorazowego świadczenia, zwanej dalej „osobą ubiegającą się"

Imię	Nazwisko		
Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość [1]	Data urodzenia dd mm rrrr	Płeć ☐ M ☐ K
Obywatelstwo			

Adres miejsca zamieszkania

Miejscowość	Kod pocztowy –	Adres poczty elektronicznej - e-mail [2]	
Ulica	Numer domu	Numer mieszkania	Numer telefonu [2]

[1] Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL.

[2] Podanie adresu e-mail i numeru telefonu nie jest obowiązkowe ale ułatwi kontakt w sprawie wniosku.

2. Składam wniosek o jednorazowe świadczenie na następujące dzieci:

1

Imię	Nazwisko		
Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość [1]	Data urodzenia dd mm rrrr	Płeć ☐ M ☐ K
Obywatelstwo			

[1] Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL.

„DruX" tel. 61 819-44-64(65), fax 61 622 24 44 **OPS SR 408**

2. Składam wniosek o jednorazowe świadczenie na następujące dzieci:

2	Imię	Nazwisko		
	Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość [1)]	Data urodzenia dd mm rrrr	Płeć ☐ M ☐ K
	Obywatelstwo			
3	Imię	Nazwisko		
	Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość [1)]	Data urodzenia dd mm rrrr	Płeć ☐ M ☐ K
	Obywatelstwo			
4	Imię	Nazwisko		
	Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość [1)]	Data urodzenia dd mm rrrr	Płeć ☐ M ☐ K
	Obywatelstwo			
5	Imię	Nazwisko		
	Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość [1)]	Data urodzenia dd mm rrrr	Płeć ☐ M ☐ K
	Obywatelstwo			
6	Imię	Nazwisko		
	Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość [1)]	Data urodzenia dd mm rrrr	Płeć ☐ M ☐ K
	Obywatelstwo			
7	Imię	Nazwisko		
	Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość [1)]	Data urodzenia dd mm rrrr	Płeć ☐ M ☐ K
	Obywatelstwo			

1) Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL.

CZĘŚĆ II

Oświadczenie dotyczące ustalenia prawa do jednorazowego świadczenia

Oświadczam, że:

- zapoznałam/zapoznałem się z warunkami uprawniającymi do jednorazowego świadczenia,
- jestem świadczeniobiorcą świadczeń opieki zdrowotnej lub osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji — w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, 1807, 1860, 1948, 2138 i 2173),
- na dziecko/dzieci, na które ubiegam się o jednorazowe świadczenie, nie jest pobierane w tej lub innej instytucji jednorazowe świadczenie,
- dziecko/dzieci, na które ubiegam się o jednorazowe świadczenie nie zostało/nie zostały umieszczone w pieczy zastępczej ani w domu pomocy społecznej zapewniającym nieodpłatne pełne utrzymanie,
- członkowi rodziny nie przysługuje na dziecko jednorazowe świadczenie lub świadczenie o charakterze podobnym do jednorazowego świadczenia za granicą, chyba że przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego lub dwustronne umowy międzynarodowe o zabezpieczeniu społecznym stanowią inaczej,

(należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

☐ **nie przebywam** ani członek mojej rodziny nie przebywa poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej[1)] w państwie, w którym mają zastosowanie przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego[2)]

☐ **przebywam** lub członek mojej rodziny przebywa poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej[1)] w państwie, w którym mają zastosowanie przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego[2)].
(w przypadku zaznaczenia wypełnij sekcję: DANE CZŁONKÓW RODZINY PRZEBYWAJĄCYCH ZA GRANICĄ)

4) Nie dotyczy wyjazdu lub pobytu turystycznego, leczniczego lub związanego z podjęciem przez dziecko kształcenia poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej.

5) Przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego mają zastosowanie na terenie: Austrii, Belgii, Chorwacji, Danii, Finlandii, Francji, Grecji, Hiszpanii, Holandii, Irlandii, Luksemburga, Niemiec, Portugalii, Szwecji, Włoch, Wielkiej Brytanii, Cypru, Czech, Estonii, Litwy, Łotwy, Malty, Polski, Słowacji, Słowenii, Węgier, Bułgarii, Rumunii, Norwegii, Islandii, Liechtensteinu, Szwajcarii.

DANE CZŁONKÓW TWOJEJ RODZINY PRZEBYWAJĄCYCH ZA GRANICĄ
imię, nazwisko oraz numer PESEL członka/członków rodziny przebywających za granicą

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Do wniosku dołączam następujące dokumenty (właściwe zaznaczyć):

1) ☐ zaświadczenie potwierdzające ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii,

2) ☐ zaświadczenie lekarskie/zaświadczenie wystawione przez położną[4)] potwierdzające pozostawanie kobiety pod opieką medyczną nie później niż od 10 tygodnia ciąży do porodu – wzór zaświadczenia został określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 14 września 2010 r. w sprawie formy opieki medycznej nad kobietą w ciąży, uprawniającej do dodatku z tytułu urodzenia dziecka oraz wzoru zaświadczenia potwierdzającego pozostawanie pod tą opieką (Dz. U. poz. 1234).

4) Wymóg dostarczenia zaświadczenia lekarskiego/zaświadczenia wystawionego przez położną nie dotyczy osób będących opiekunami prawnymi lub opiekunami faktycznymi dziecka (opiekun faktyczny dziecka to osoba faktycznie opiekującą się dzieckiem, jeżeli wystąpiła z wnioskiem do sądu opiekuńczego o przysposobienie dziecka), a także do osób, które przysposobiły dziecko.

3) .....

.....

.....

.....

.....

.....

POUCZENIE

Na podstawie art. 10 ust. 2 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem" (Dz. U. poz. 1860), zwanej dalej „ustawą", jednorazowe świadczenie przysługuje: matce lub ojcu dziecka, opiekunowi prawnemu albo opiekunowi faktycznemu dziecka bez względu na dochód.

Jednorazowe świadczenie przysługuje z tytułu urodzenia się żywego dziecka, posiadającego zaświadczenie, o którym mowa w art. 4 ust. 3 ustawy (zaświadczenie potwierdzające ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii), w wysokości 4000 zł. Jednorazowe świadczenie przysługuje świadczeniobiorcom świadczeń opieki zdrowotnej lub osobom uprawnionym do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji — w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Jednorazowe świadczenie przysługuje, jeżeli kobieta pozostawała pod opieką medyczną nie później niż od 10. tygodnia ciąży do porodu (wymogu tego nie stosuje się do osób będących prawnymi lub faktycznymi opiekunami dziecka, a także do osób, które przysposobiły dziecko). Pozostawanie pod opieką medyczną potwierdza się zaświadczeniem lekarskim lub zaświadczeniem wystawionym przez położną. Przepisy wydane na podstawie art. 9 ust. 8 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1518 i 1579) stosuje się odpowiednio.

Jednorazowe świadczenie nie przysługuje, jeżeli:

1) dziecko zostało umieszczone w pieczy zastępczej albo w domu pomocy społecznej zapewniającym nieodpłatnie pełne utrzymanie (art. 10 ust. 13 ustawy w związku z art. 7 pkt 2 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych);
2) jeżeli na dziecko przysługuje jednorazowe świadczenie lub świadczenie o charakterze podobnym do jednorazowego świadczenia za granicą, chyba że przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego lub dwustronne umowy o zabezpieczeniu społecznym stanowią inaczej (art. 10 ust. 13 ustawy w związku z art. 7 pkt 6 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych);

Wniosek o wypłatę jednorazowego świadczenia składa się w terminie 12 miesięcy od dnia narodzin dziecka. Wniosek złożony po terminie pozostawia się bez rozpoznania.

Oświadczam, że jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

....
(miejscowość) (data: dd / mm / rrr) (podpis wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE FORMY WYPŁACANIA ŚWIADCZEŃ

Należy zaznaczyć tylko jedną formę przekazywania świadczeń !!!

(niezależnie od rodzaju, świadczenia mogą być przekazywane za pomocą tylko jednej formy płatności)

Imię i nazwisko .....

Adres .....

☐ **Proszę o przekazywanie przyznanego świadczenia na rachunek bankowy:**

.....
(nazwa banku, oddział)

☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

(numer rachunku - 26 cyfr)

Oświadczam, że jestem właścicielem / współwłaścicielem / osobą upoważnioną*) do w/w konta bankowego

☐ **Odbiorę w punkcie kasowym / placówce banku:**

.....
(nazwa i adres punktu kasowego / placówki banku)

*) niepotrzebne skreślić

.....
(data podpis osoby ubiegającej się)