Załącznik do rozporządzenia
Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
z dnia 21 grudnia 2016 r. (poz. .....)

WZÓR

Nazwa organu właściwego prowadzącego postępowanie w sprawie jednorazowego świadczenia:
Adres:

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*)	**Obywatelstwo**	
Miejsce zamieszkania		
Miejscowość		**Kod pocztowy**
Ulica	**Numer domu**	**Numer mieszkania**
Numer telefonu (nieobowiązkowo)	**Adres poczty elektronicznej – e-mail (nieobowiązkowo)**	

*) W przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL, należy podać numer i serię dokumentu potwierdzającego tożsamość.

2. Wnoszę o ustalenie prawa do jednorazowego świadczenia na następujące dzieci:

1.	Imię	Nazwisko	Płeć
			□ kobieta □ mężczyzna
Numer PESEL*)		Obywatelstwo	Data urodzenia (*dd-mm-rrrr*)
2.	Imię	Nazwisko	Płeć
			□ kobieta □ mężczyzna
Numer PESEL*)		Obywatelstwo	Data urodzenia (*dd-mm-rrrr*)
3.	Imię	Nazwisko	Płeć
			□ kobieta □ mężczyzna
Numer PESEL*)		Obywatelstwo	Data urodzenia (*dd-mm-rrrr*)

*) W przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL, należy podać numer i serię dokumentu potwierdzającego tożsamość.

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 i 1948),
- 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,

□ **nie przebywam** ani członek mojej rodziny **nie przebywa** poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej*) w państwie, w którym mają zastosowanie przepisy o koordynacji systemów

zabezpieczenia społecznego**),

□ **przebywam lub członek** mojej rodziny **przebywa** poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej*) w państwie, w którym mają zastosowanie przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego**) (*w przypadku zaznaczenia wypełnić poniższe pole*):

.....

.....

(imię i nazwisko oraz numer PESEL członka/członków rodziny przebywających za granicą)

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

**) 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.

Proszę o wpłatę jednorazowego świadczenia na następujący nr rachunku bankowego/w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej

w banku/spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej

.....

(nazwa banku/spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej)

Do wniosku dołączam następujące dokumenty:

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* 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).

**** 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 zapoznałam/zapoznałem się z powyższym pouczeniem. Oświadczam, że powyższe dane zawarte we wniosku są prawdziwe.

.....

(miejscowość, data i podpis osoby ubiegającej się)

..... dnia ..... r.

.....

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/
praktyki lekarskiej/praktyki położnej[1])

ZAŚWIADCZENIE
lekarskie/wystawione przez położną [1]
potwierdzające pozostawanie kobiety pod opieką medyczną nie później niż od 10. tygodnia ciąży do porodu, uprawniającą do dodatku z tytułu urodzenia dziecka [2]

Pani .....
(imię i nazwisko)

numer PESEL lub nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość [3]

.....

zamieszkała: .....
(adres zamieszkania)

pozostawała pod opieką medyczną od ..... tygodnia ciąży do porodu.

Terminy udzielenia świadczeń zdrowotnych [4]:

1) pierwszy trymestr ciąży - .....

2) drugi trymestr ciąży - .....

3) trzeci trymestr ciąży - .....

.....
(pieczątka i podpis lekarza/położnej[1])

---

[1] Niepotrzebne skreślić
[2] Niniejsze zaświadczenie zgodnie z art. 15b ust. 6 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2006 r. Nr 139, poz. 992, z późn. zm.) stanowi także podstawę uzyskania jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia żywego dziecka.
[3] W przypadku kobiety nieposiadającej numeru PESEL.
[4] Należy wpisać termin udzielonego jednego świadczenia zdrowotnego w każdym trymestrze ciąży

"DRUK-HURT" F.P.H.U Łódź ul. Okręgowa 40 tel/fax 42 682-24-11, www.drukhurt.pl

Zapolice, dnia .....

Klauzula informacyjna Świadczenia Rodzinne

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO)

informuję:

- Administatorem Pani/Pana danych osobowych jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą przy ul. Plac Strażacki 5, 98-161 Zapolice, tel. (43)8231976, e-mail: gops@zapolice.pl;
- Inspektorem Ochrony Danych osobowych w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Zapolicach jest Pani Katarzyna Wojciechowska, tel. (043) 8231976, e-mail; k.wojciechowska@zapolice.pl
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu wydania decyzji administracyjnej na podstawie złożonego wniosku zgodnie z art. 23 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 111 ze zm.);
- Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej;
- Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat, zgodnie z art. 23 ust. 12 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 111 ze zm.).
- posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu,
- ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
- podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym do ustalenia prawa do wnioskowanych świadczeń. Jest Pani/Pan zobowiązana/y do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie wydanie decyzji odmownej bądź pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.

Ja niżej podpisany(a) ..... oświadczam, iż udostępniono mi powyższą informacją i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.

.....	.....	.....
(Miejsce złożenia oświadczenia)	(Data złożenia oświadczenia)	(Numer PESEL)

.....
(Podpis osoby składającej)

Otrzymują:
1. osoba, składająca oświadczenie;
2. a/a.