

Nazwa organu właściwego prowadzącego postępowanie
w sprawie jednorazowego świadczenia¹⁾

Adres¹⁾

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 CHOROBE
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	Płeć
_____	_____		dd mm rrrr	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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	Płeć
	_____	_____		dd mm rrrr	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K
	Obywatelstwo				

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

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)

.....
(pieczęć podmiotu leczniczego)

.....
(miejscowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

uprawniające do korzystania ze wsparcia, o którym mowa w art. 4 ust. 2 pkt 2 i ust. 3 oraz art. 10 ust. 1 do ust. 6 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”
(Dz. U. z 2016 r., poz. 1860)

Potwierdzam, że:

Imię i Nazwisko

Data urodzenia

PESEL

Adres zamieszkania

jest dzieckiem, u którego zdiagnozowano:

- ciężkie i nieodwracalne upośledzenie
- nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu

.....
.....;

które powstały:

- w prenatalnym okresie rozwoju dziecka
- w czasie porodu.

.....

