

**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**

NAZWA ORGANU WŁAŚCIWEGO PROWADZĄCEGO POSTĘPOWANIE W SPRAWIE JEDNORAZOWEGO ŚWIADCZENIA (1)

ADRES ORGANU WŁAŚCIWEGO PROWADZĄCEGO POSTĘPOWANIE W SPRAWIE JEDNORAZOWEGO ŚWIADCZENIA (1)

01. Gmina / Dzielnica

02. Kod pocztowy

03. Miejscowość

		-			
--	--	---	--	--	--

04. Ulica

05. Numer domu

06. Numer lokalu

(1) Wójt, burmistrz lub prezydent miasta właściwy ze względu na miejsce zamieszkania osoby uprawnionej.

CZĘŚĆ I

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

DANE IDENTYFIKACYJNE

01. Imię

02. Nazwisko

03. Numer PESEL

04. Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (1)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

05. Obywatelstwo

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

ADRES ZAMIESZKANIA

01. Gmina / Dzielnica

02. Kod pocztowy

03. Miejscowość

		-			
--	--	---	--	--	--

04. Ulica

05. Numer domu

06. Numer mieszkania

07. Numer telefonu (1)

08. Adres poczty elektronicznej — e-mail (1)

(1) Podanie numeru telefonu i adresu poczty elektronicznej nie jest obowiązkowe.

1. Składam wnioski o jednorazowe świadczenie na następujące dzieci:**DANE IDENTYFIKACYJNE DZIECKA - 1**

Imię:

Nazwisko:

Numer PESEL:

Data urodzenia: (dd / mm / rrrr)

Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: (1)

Obywatelstwo:

Płeć: (2)

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

(2) Należy wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna.

DANE IDENTYFIKACYJNE DZIECKA - 2

Imię:

Nazwisko:

Numer PESEL:

Data urodzenia: (dd / mm / rrrr)

Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: (1)

Obywatelstwo:

Płeć: (2)

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

(2) Należy wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna.

DANE IDENTYFIKACYJNE DZIECKA - 3

Imię:

Nazwisko:

Numer PESEL:

Data urodzenia: (dd / mm / rrrr)

Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: (1)

Obywatelstwo:

Płeć: (2)

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

(2) Należy wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna.

DANE IDENTYFIKACYJNE DZIECKA - 4

Imię:

Nazwisko:

Numer PESEL:

Data urodzenia: (dd / mm / rrrr)

Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: (1)

Obywatelstwo:

Płeć: (2)

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

(2) Należy wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna.

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 wypełnić poniższe pola):

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

(2) 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 RODZINY PRZEBYWAJĄCYCH ZA GRANICĄ

Imię i nazwisko oraz numer PESEL członka/członków rodziny przebywających za granicą:

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(3) 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 raz wzoru zaświadczenia potwierdzającego pozostawanie pod tą opieką (Dz. U. poz. 1234).
- (3) 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)

4)

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: dd / mm / rrrr)

.....
(Podpis osoby ubiegającej się)

Spełniając obowiązek wynikający z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Katowicach z siedzibą 40-032 Katowice ul. Jagiellońska 17, jako administrator danych osobowych, informuje, że pozyskuje dane osobowe w drodze prowadzonych postępowań administracyjnych. Dane osobowe są zbierane i wykorzystywane przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Katowicach dla prowadzonych postępowań administracyjnych, zmierzających do wydania decyzji administracyjnych, w celu przyznania jednorazowego świadczenia z tytułu urodzenia się dziecka. Pozyskane dane nie są udostępniane podmiotom trzecim, z zastrzeżeniem obowiązku wynikającego z odrębnych przepisów. Osoby, których dane osobowe zostały pozyskane przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Katowicach dla w/w celów mają prawo dostępu do ich treści, a także prawo ich poprawiania. Obowiązek podania danych osobowych wynika z ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”.

Proszę o wypłatę jednorazowego świadczenia na:

OSOBISTE KONTO

BANKOWE

Imię, nazwisko, PESEL,
Adres właściciela konta:

**KARTA
PRZEDPŁACONA**

Imię, nazwisko PESEL,
adres właściciela karty:

PRZEKAZ POCZTOWY

Tylko dla osoby niepełnosprawnej

.....
PODPIS OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ

POTWIERDZAM PRZYJĘCIE I SPRAWDZENIE POD WZGLĘDEM FORMALNO-PRAWNYM

.....
 Data, podpis, pieczęć pracownika przyjmującego wniosek

Brakujące dokumenty dostarczone::	Tak	Nie	Częściowo	Data	Podpis pracownika
1. Wezwanie-Informacja					
2. Wezwania-Informacja 2					
2. Wezwanie					
3. Wezwanie 2					
Daty wpływu do DRA:					Potwierdzam zgodność danych z wniosku z danymi wprowadzonymi do programu i wydrukowanymi decyzjami. (Podpis pracownika DRA)