

Załącznik do rozporządzenia Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 26 stycznia 2023 r. (Dz. U. poz. 211)

WZÓR

Nazwa organu właściwego prowadzącego postępowanie w sprawie jednorazowego świadczenia: BURMISTRZ DĄBRONNY TARNÓW
Adres: 33-200 DĄBRONNA TARNOWSKA RYNEK 34

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 „osoba ubiegająca się”.

Imię		Nazwisko	
ANNA		KOWALSKA	
Numer PESEL ¹⁾		Obywatelstwo	
00081011111		POLSKIE	
Miejsce zamieszkania			
Miejscowość		Kod pocztowy	
DĄBRONNA TARNOWSKA		33-200	
Ulica	Numer domu	Numer mieszkania	
BEOTNA	1		
Numer telefonu (nieobowiązkowo)	Adres poczty elektronicznej – e-mail (nieobowiązkowo)		
700-000-000			

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

1.	Imię	Nazwisko
	AMELIA	KOWALSKA
	Numer PESEL ¹⁾	Obywatelstwo
	24220111111	POLSKIE
	Data urodzenia (dd-mm-rrrr)	01-02-2024
2.	Imię	Nazwisko
	Numer PESEL ¹⁾	Obywatelstwo
	Data urodzenia (dd-mm-rrrr)	
3.	Imię	Nazwisko
	Numer PESEL ¹⁾	Obywatelstwo
	Data urodzenia (dd-mm-rrrr)	

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 2022 r. poz. 2561, 2674 i 2770),
- 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, w tym współmałżonek lub drugi rodzic dziecka/dzieci, nie przebywa poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej²⁾ w państwie, w którym mają zastosowanie przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego³⁾,
- przebywam lub członek mojej rodziny, w tym współmałżonek lub drugi rodzic dziecka/dzieci, przebywa poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej²⁾ w państwie, w którym mają zastosowanie przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego³⁾ (w przypadku zaznaczenia wypełnić poniższe pole):

.....

.....

.....

.....

.....

(Dane członków rodziny przebywających poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, w tym współmałżonka lub drugiego rodzica dziecka/dzieci: imię, nazwisko oraz, jeżeli są znane: numer PESEL¹⁾, zagraniczny numer identyfikacyjny służący do identyfikacji ludności, państwo pobytu, okres pobytu poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, adres miejsca zamieszkania poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, nazwa i adres pracodawcy lub miejsce prowadzenia działalności gospodarczej poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej)

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

94 0000 1000 1177 0000 1011 0011

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, neonatologii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej,
- 2) zaświadczenie lekarskie/zaświadczenie wystawione przez położną⁴⁾ 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. z 2021 r. poz. 199).

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. z 2020 r. poz. 1329 oraz z 2022 r. poz. 2140), 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 (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, 2674 i 2770), posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej), 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 2022 r. poz. 615, 1265 i 2140) 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 ustalenie prawa do jednorazowego świadczenia składa się w terminie 12 miesięcy od dnia narodzin dziecka, a w przypadku gdy wniosek dotyczy dziecka objętego opieką prawną, opieką faktyczną albo dziecka przysposobionego – w terminie 12 miesięcy od dnia objęcia dziecka opieką albo przysposobienia, nie później niż do ukończenia przez dziecko 18. roku życia.⁵⁾ Wniosek złożony po terminie właściwy organ pozostawia bez rozpoznania.

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

DABRONA JARN 01.06.2024 Anna Kopańska
(miejscowość, data i podpis osoby ubiegającej się)

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

²⁾ Nie dotyczy wyjazdu lub pobytu turystycznego, leczniczego lub związanego z podjęciem przez dziecko kształcenia poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej.

³⁾ 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 (nie dotyczy wyjazdu po 31 grudnia 2020 r.), Cypru, Czech, Estonii, Litwy, Lotwy, Malty, Słowacji, Słowenii, Węgier, Bułgarii, Rumunii, Norwegii, Islandii, Liechtensteinu, Szwajcarii.

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 opiekująca się dzieckiem, jeżeli wystąpiła z wnioskiem do sądu opiekuńczego o przysposobienie dziecka), a także do osób, które przysposobiły dziecko.

⁵⁾ W przypadku dziecka urodzonego i objętego opieką lub urodzonego i przysposobionego do dnia 31 stycznia 2023 r. wniosek o ustalenie prawa do jednorazowego świadczenia składa się w terminie 12 miesięcy od dnia narodzin dziecka.

INFORMACJA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, że:

1. Administratorem Pani / Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej i Wsparcia Rodziny w Dąbrowie Tarnowskiej z siedzibą przy ul. Kościuszki 15A, 33-200 Dąbrowa Tarnowska.
2. Wyznaczono inspektora ochrony danych, z którym można się kontaktować poprzez e-mail: iod@mopsiwr.pl lub pisemnie na adres: ul. Kościuszki 15A, 33-200 Dąbrowa Tarnowska.
3. Pani/Pana dane przetwarzane w postępowaniu administracyjnym w sprawie świadczenia będą przetwarzane w celu realizacji ustawowych i statutowych zadań Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej i Wsparcia Rodziny w Dąbrowie Tarnowskiej. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych jest niezbędność do wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na administratorze, wynikających z przepisów Ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”. Zakres danych przetwarzanych przez Administratora wskazany został w przepisach ustawy.
4. Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane organom władzy publicznej oraz podmiotom wykonującym zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej spoza obszaru EOG/UE, oraz spoza obszaru krajów w zakresie których mają zastosowanie przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.
6. Dane są przechowywane przez okres realizacji świadczeń, a następnie w celach archiwalnych. Okresy przechowywania danych są określone przepisami prawa.
7. Przysługuje Pani/Panu w związku z przetwarzaniem przez Administratora Pani/Pana danych osobowych prawo dostępu, modyfikacji, przeniesienia, ograniczenia przetwarzania, usunięcia. W przypadku danych przetwarzanych na podstawie zgody przysługuje prawo cofnięcia zgody w każdym czasie.
8. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

01.06.2024 Anna KONDUSZA

data i podpis

.....

nazwa i adres podmiotu leczniczego

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

miejsowość

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

*uprawniające do korzystania ze wsparcia, o którym mowa w art. 4 ust. 2 pkt 2-4
ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. z 2020, poz. 1329) oraz art. 47 ust.
1a i art. 47c ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków
publicznych (Dz. U. z 2022 r., poz. 2770)*

Nazwisko i imię dziecka

Data urodzenia

Numer PESEL dziecka (o ile został nadany).....

zamieszkała(y).....

Cierpi na ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu.

.....

Pieczętka i podpis lekarza

.....
(pieczętka podmiotu leczniczego/
praktyki lekarskiej/praktyki położnej
albo nazwa (firma) tego podmiotu/praktyki¹⁾)

....., dnia r.

ZAŚWIADCZENIE
lekarskie/wystawione przez położną¹⁾
potwierdzające pozostawanie kobiety pod opieką medyczną nie później niż od
10. tygodnia ciąży do porodu, uprawniającą do dodatku z tytułu urodzenia dziecka²⁾

Pani,
(imię i nazwisko)

numer PESEL lub nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość³⁾

zamieszkała:,
(adres zamieszkania)

pozostawała pod opieką medyczną od tygodnia ciąży do porodu.

Terminy udzielenia świadczeń zdrowotnych⁴⁾:

- 1) pierwszy trymestr ciąży –
- 2) drugi trymestr ciąży –
- 3) trzeci trymestr ciąży –

.....
(podpis, imię i nazwisko, tytuł zawodowy
oraz numer prawa wykonywania zawodu
lekarza/położnej¹⁾)

¹⁾ Niepotrzebne skreślić. Imię i nazwisko, tytuł zawodowy oraz numer prawa wykonywania zawodu mogą być naniesione także w formie pieczętki, nadruku lub naklejki.

²⁾ Niniejsze zaświadczenie zgodnie z art. 15b ust. 6 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 111) stanowi także podstawę uzyskania jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia się żywego dziecka.

³⁾ W przypadku kobiety nieposiadającej numeru PESEL.

⁴⁾ Należy wpisać termin udzielonego jednego świadczenia zdrowotnego w każdym trymestrze ciąży.

