

**Wójt Gminy Biały Dunajec
ul. Jana Pawła II 312
34-425 Biały Dunajec**

**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 ¹⁾		Stan cywilny	Obywatelstwo
Miejsce zamieszkania			
Miejscowość			Kod pocztowy
Ulica		Numer domu	Numer mieszkania
Numer telefonu (nieobowiązkowo)		Adres poczty elektronicznej - e-mail (nieobowiązkowo)	

¹⁾ 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	
	Numer PESEL ¹⁾		Obywatelstwo	Data urodzenia (dd-mm-rrrr)
2	Imię		Nazwisko	
	Numer PESEL ¹⁾		Obywatelstwo	Data urodzenia (dd-mm-rrrr)
3	Imię		Nazwisko	
	Numer PESEL ¹⁾		Obywatelstwo	Data urodzenia (dd-mm-rrrr)

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

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)

Na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2016 r., poz. 922 ze zm.) zostałem/am poinformowany/a, że:

- administratorem danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej we Wrocławiu z siedzibą przy ul. Strzegomskiej 6, 53-611 Wrocław,
- moje dane osobowe są przetwarzane w celu realizacji zadań wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa i nie będą udostępniane odbiorcom danych, w rozumieniu art. 7 pkt 6 ustawy o ochronie danych osobowych,
- o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

.....
podpis osoby ubiegającej się

POTWIERDZAM PRZYJĘCIE I SPRAWDZENIE POD WZGLĘDEM FORMALNO-PRAWNYM WNIOSKU ORAZ ZAŁĄCZONYCH DOKUMENTÓW

.....
(data, pieczęćka i podpis pracownika działu)