

**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**

1. Zapoznaj się z warunkami przysługiwania jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia się dziecka umieszczonymi w pouczeniu w CZEŚCI II wniosku.
2. Pola wyboru zaznaczaj znakiem X.

**Część I.**

1. Dane osoby ubiegającej się o ustalenie prawa do jednorazowego świadczenia, zwanej dalej „wnioskodawcą”.

Imię:	Nazwisko:		
Data urodzenia:	Numer PESEL <sup>1)</sup>		
Stan cywilny <sup>2)</sup> :	Obywatelstwo:	Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	
Adres miejsca zamieszkania: (wpisz: kod pocztowy, miejscowość, ulicę, numer domu, nr mieszkania)		Numer telefonu:	
Adres e-mail (nie jest obowiązkowy):			

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

Lp.	Imię i nazwisko dziecka	Data urodzenia oraz numer PESEL <sup>1)</sup>	Obywatelstwo	Stan cywilny <sup>2)</sup>	Płeć
1.		ur.			<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
2.		ur.			<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
3.		ur.			<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

<sup>1)</sup> W przypadku gdy nie nadano numeru PESEL, podaj numer i serię dokumentu potwierdzającego tożsamość.

<sup>2)</sup> Wpisz odpowiednio: panna, kawaler, zamężna, żonaty, rozwiedziona, rozwiedziony, w separacji (tylko orzeczonej prawomocnym wyrokiem), wdowa, wdowiec.

## Część II.

### POUCZENIE I OŚWIADCZENIA.

#### 1. POUCZENIE – przeczytaj treść poniższego pouczenia.

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 2004r. 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 2003r. o świadczeniach rodzinnych 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 2003r. 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.**

#### 2. OŚWIADCZENIE dotyczące ustalenia prawa do jednorazowego świadczenia

##### OŚWIADCZAM, ŻE:

- zapoznałam/zapoznałem się z warunkami uprawniającymi do jednorazowego świadczenia,
  - **JESTEM**  **NIE 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 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016r., poz. 1793, 1807, 1860, 1948).
  - na dziecko/dzieci, na które ubiegam się o jednorazowe świadczenie  **NIE JEST**  **JEST** pobierane w tej lub innej instytucji jednorazowe świadczenie,
  - dziecko/dzieci, na które ubiegam się o jednorazowe świadczenie  **NIE ZOSTAŁO/Y**  **ZOSTAŁO/Y** umieszczone w pieczy zastępczej ani w domu pomocy społecznej zapewniającym nieodpłatne pełne utrzymanie,
  - członkowi rodziny  **NIE PRZYSŁUGUJE**  **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<sup>1)</sup> w państwie, w którym mają zastosowanie przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego<sup>2)</sup>,

**przebywam lub członek mojej rodziny przebywa** poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej<sup>1)</sup> w państwie, w którym mają zastosowanie przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego<sup>2)</sup>

**(w przypadku zaznaczenia o przebywaniu poza granicami kraju wypełnij sekcję DANE CZŁONKÓW TWOJEJ RODZINY**

##### PRZEBYWAJĄCYCH ZA GRANICĄ):

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 w: Austrii, Belgii, Chorwacji, Danii, Finlandii, Francji, Grecji, Hiszpanii, Holandii, Irlandii, Luksemburga, Niemiec, Portugalii, Szwecji, Włoch, Cypru, Czech, Estonii, Litwy, Łotwy, Malty, Polski, Słowacji, Słowenii, Węgier, Bułgarii, Rumunii, Norwegii, Islandii, Liechtensteinu, Szwajcarii i Chorwacji.

##### DANE CZŁONKÓW TWOJEJ RODZINY PRZEBYWAJĄCYCH ZA GRANICĄ

**Podaj:** imię, nazwisko, numer PESEL, kraj przebywania członka/członków rodziny za granicą wraz z adresem zamieszkania poza granicami RP, nazwę i adres pracodawcy lub miejsce prowadzenia działalności gospodarczej poza granicami RP:

.....  
.....

