

| | | |
|---|--|---|
| <p>URZĄD MIEJSKI W ELBLĄGU DEPARTAMENT ŚWIADCZEŃ RODZINNYCH 82-300 ELBLĄG, UL. JAŚMINOWA 11</p> <p>ZWOLNIONE Z OPŁATY SKARBOWEJ na podstawie art. 2 ust. 1, pkt 1, lit.c ustawy z dnia 16 listopada 2006 r. o opłacie skarbowej</p> | <p>Datownik oraz podpis pracownika przyjmującego wniosek</p> | <p>Znak sprawy DŚR-RO.8256.....</p> <p>Nr akt osobowych</p> |
|---|--|---|

| | |
|--|-----------------------------------|
| WYPEŁNIA PRACOWNIK | |
| Stwierdzam, że złożony wniosek spełnia określone przez przepisy prawa wymogi formalne (jest kompletny) | |
| Data | Czytelny podpis pracownika: |
| Przyjęto wniosek do oceny merytorycznej: | |
| Data | Czytelny podpis pracownika: |

WZÓR WNIOSEK

O USTALENIE PRAWA DO JEDNORAZOWEGO ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU URODZENIA SIĘ DZIECKA, U KTÓREGO ZDIAGNOZOWANO CIĘŻKIE I NIEODWRACALNE UPOSLĘDZENIE ALBO NIEULECZALNA CHOROBY ZAGRAŻAJĄCĄ ŻYCIU, KTÓRE POWSTAŁY W PRENATALNYM OKRESIE ROZOWJU DZIECKA LUB W CZASIE PORODU

CZĘŚĆ I

1. Dane osoby składającej wniosek o jednorazowe świadczenie, zwanej dalej „wnioskodawcą”

| | | | |
|---|--|---------------------------------|---|
| DANE WNIOSKODAWCY | | | |
| Imię: ANNA | | Nazwisko: KOWALSKA | |
| PESEL: TUTAJ WPISZ SWÓJ NUMER PESEL (11 CYFR) | | Obywatelstwo: POLSKIE | |
| Miejsce zamieszkania: Miejscowość: ELBLĄG | | Kod pocztowy: 82-300 | Telefon: <i>(nieobowiązkowo)</i> WPISZ NUMER TELEFONU UŁATWI TO KONTAKT W SPRAWIE |
| Ulica: KLONOWA | | Nr domu: 0 | Nr mieszkania: 1 |
| e-mail: <i>(nieobowiązkowo)</i> WPISZ ADRES E-MAIL | | | |
| FORMA PŁATNOŚCI: | | | |
| <input type="checkbox"/> Konto bankowe TUTAJ WPISZ NUMER RACHUNKU BANKOWEGO <input type="checkbox"/> kasa Urzędu Pocztowego (Urząd Pocztowy właściwy ze względu na moje miejsce zamieszkania) | | | |
| <input type="checkbox"/> Właścicielem rachunku bankowego jest: ...TUTAJ WPISZ WŁAŚCICIELA RACHUNKU BANKOWEGO..... | | | |

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) |
| | | | |

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
- 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):

POWYŻEJ ZAZNACZ CZY OSOBA UBIEGAJĄCA SIĘ LUB CZŁONEK RODZINY PRZEBYWA BĄDŹ NIE PRZEBYWA POZA GRANICAMI POLSKI

DANE CZŁONKÓW RODZINY PRZEBYWAJĄCYCH POZA GRANICAMI RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ, W TYM WSPÓŁMAŁŻONKA LUB DRUGIEGO RODZICA DZIECKA/DZIECI

| | |
|--|--|
| Imię i nazwisko | |
| PESEL (jeżeli jest znany) | |
| Zagraniczny numer identyfikacyjny służący do identyfikacji ludności | |
| Państwo pobytu oraz 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 | |

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.
- 3)

Pouczenie

Na podstawie art. 10 ust. 2 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”, 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, 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 stosuje się odpowiednio.

Jednorazowe świadczenie nie przysługuje, jeżeli:

- 1) dziecko zostało umieszczone w pieczy zastępczej albo w domu pomocy społecznej zapewniającym nieodpłatne 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 życia⁵⁾. 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.

.....
(miejscowość, data i podpis osoby ubiegającej się)

**WAŻNE:
PAMIĘTAJ ABY PODPISAĆ WNIOSEK WŁASNORĘCZNYM
PODPISEM**

- 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, Łotwy, 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.