

WZÓR

Nazwa organu właściwego prowadzącego postępowanie w sprawie jednorazowego świadczenia:
Adres:

**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”.**

<b>Imię</b>		<b>Nazwisko</b>	
<b>Numer PESEL*)</b>		<b>Obywatelstwo</b>	
<b>Miejsce zamieszkania</b>			
<b>Miejscowość</b>		<b>Kod pocztowy</b>	
<b>Ulica</b>		<b>Numer domu</b>	<b>Numer mieszkania</b>
<b>Numer telefonu (nieobowiązkowo)</b>	<b>Adres poczty elektronicznej – e-mail (nieobowiązkowo)</b>		

\*) 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:

<b>1.</b>	<b>Imię</b>	<b>Nazwisko</b>	<b>Płeć</b>
			<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
	<b>Numer PESEL*)</b>	<b>Obywatelstwo</b>	<b>Data urodzenia (dd-mm-rrrr)</b>
<b>2.</b>	<b>Imię</b>	<b>Nazwisko</b>	<b>Płeć</b>
			<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
	<b>Numer PESEL*)</b>	<b>Obywatelstwo</b>	<b>Data urodzenia (dd-mm-rrrr)</b>
<b>3.</b>	<b>Imię</b>	<b>Nazwisko</b>	<b>Płeć</b>
			<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
	<b>Numer PESEL*)</b>	<b>Obywatelstwo</b>	<b>Data urodzenia (dd-mm-rrrr)</b>

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

### **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 i 1948),
  - 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 **nie przebywa** poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej\*) w państwie, w którym mają zastosowanie przepisy o koordynacji systemów

zabezpieczenia społecznego\*\*),

- przebywam lub członek** mojej rodziny **przebywa** poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej\*) w państwie, w którym mają zastosowanie przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego\*\*) (w przypadku zaznaczenia wypełnić poniższe pole):

.....  
.....

(imię i nazwisko oraz numer PESEL członka/członków rodziny przebywających za granicą)

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

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

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

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 lub neonatologii,
- 2)  zaświadczenie lekarskie/zaświadczenie wystawione przez położną\* 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. poz. 1234).  
*\* 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) .....

### **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)

**Zgodnie z art. 13 oraz art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz.Urz. UE L 2016, Nr 119) informujemy, iż:**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Tczewie, z siedzibą przy ul. 1 Maja 8, 83-110 Tczew;
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest za pośrednictwem adresu e-mail: [iod@mops.tczew.pl](mailto:iod@mops.tczew.pl) lub listownie na adres: Inspektor Ochrony Danych, Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Tczewie – ul. 1 Maja 8, 83-110 Tczew;
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Administratorze danych wynikających z ustaw z zakresu pomocy społecznej, wspierania rodziny oraz innych przepisów powszechnie obowiązujących, w tym aktów prawa miejscowego;
4. Przekazywanie przez Administratora danych może nastąpić wyłącznie w przypadku, jeżeli będzie to stanowiło realizację obowiązku Administratora, wynikającego z obowiązujących przepisów prawa. Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane urzędom i instytucjom na wniosek oraz wprowadzane do Rejestrów Centralnych prowadzonych przez poszczególne Ministerstwa RP, realizujących zadania na podstawie przepisów prawa;
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej;
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów ustawy z 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2018 r., poz. 217 t.j. z późn. zm.);
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
8. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych w państwie członkowskim Pani/Pana zwykłego pobytu, miejsca pracy lub miejsca popełnienia domniemanego naruszenia, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. - Biuro Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, Telefon: 22 860 70 86;
9. Podanie przez Państwa danych osobowych jest obowiązkowe, w sytuacji, gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa. W przypadku niepodania danych osobowych może skutkować odmową realizacji wskazanych wyżej celów;
10. Dane osobowe przetwarzane przez administratora danych nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji w tym profilowaniu, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 RODO.

Zapoznałam/em się, data i podpis.....