Nazwa organu właściwego prowadzącego postępowanie w sprawie świadczeń rodzinnych:
Adres:

WNIOSEK
O USTALENIE PRAWA DO JEDNORAZOWEGO ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU URODZENIA SIĘ DZIECKA, U KTÓREGO ZDIAGNOZOWANO CIĘŻKIE I NIEODWRACALNE UPOŚLEDZENIE ALBO NIEULECZALNĄ CHOROBĘ 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 „wnioskodawcą"

DANE WNIOSKODAWCY

01. Imię

02. Nazwisko

03. Numer PESEL

04. Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (1)

05. Obywatelstwo

(1) Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL.

ADRES ZAMIESZKANIA

01. Gmina / Dzielnica

02. Kod pocztowy - 03. Miejscowość

04. Ulica

05. Numer domu 06. Numer mieszkania 07. Numer telefonu (1)

08. Adres poczty elektronicznej – e-mail (2)

(1) Podanie numeru telefonu i adresu poczty elektronicznej nie jest obowiązkowe.

2. Składam wniosek o jednorazowe świadczenia na następujące dzieci:

DANE IDENTYFIKACYJNE DZIECKA - 1

Imię

Nazwisko

Numer PESEL

Data urodzenia: (dd / mm / rrrr)

Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (1)

Obywatelstwo

Płeć: (2)

(1) W przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL należy podać serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.
(2) Należy wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna.

DANE IDENTYFIKACYJNE DZIECKA - 2

Imię

Nazwisko

Numer PESEL | | | | | | | | | | | |

Data urodzenia: (dd / mm / rrrr) | | | | | | | | |

Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (1)

Obywatelstwo

Płeć: (2) ☐

(1) W przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL należy podać serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.
(2) Należy wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna.

DANE IDENTYFIKACYJNE DZIECKA - 3

Imię

Nazwisko

Numer PESEL | | | | | | | | | | | |

Data urodzenia: (dd / mm / rrrr) | | | | | | | | |

Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (1)

Obywatelstwo

Płeć: (2) ☐

(1) W przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL należy podać serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.
(2) Należy wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna.

DANE IDENTYFIKACYJNE DZIECKA - 4

Imię

Nazwisko

Numer PESEL | | | | | | | | | | | |

Data urodzenia: (dd / mm / rrrr) | | | | | | | | |

Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (1)

Obywatelstwo

Płeć: (2) ☐

(1) W przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL należy podać serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.
(2) Należy wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna.

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, 1948, 2138 i 2173),

— 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, (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

— ☐ nie przebywam ani członek mojej rodziny nie przebywa poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej(1) w państwie, w którym mają zastosowanie przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego(2),

— ☐ przebywam lub członek mojej rodziny przebywa poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej(1) w państwie, w którym mają zastosowanie przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego(2).

(w przypadku zaznaczenia wypełnić poniższe pola):

(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 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.

DANE CZŁONKÓW TWOJEJ RODZINY PRZEBYWAJĄCYCH ZA GRANICĄ

Imię i nazwisko oraz numer PESEL członka/członków rodziny przebywających za granicą:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Proszę o wpłatę jednorazowego świadczenia na następujący nr rachunku bankowego / w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej (3):

(3) Wypełnić w przypadku, gdy jednorazowe świadczenie ma być wpłacone na rachunek bankowy.

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(4) 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 raz wzoru zaświadczenia potwierdzającego pozostawanie pod tą opieką (Dz. U. poz. 1234).

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

3) .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DANE IDENTYFIKACYJNE DZIECKA - 2

Imię

Nazwisko

Numer PESEL

Data urodzenia: (dd / mm / rrrr)

Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (1)

Obywatelstwo

Płeć: (2)

(1) W przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL należy podać serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.
(2) Należy wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna.

DANE IDENTYFIKACYJNE DZIECKA - 3

Imię

Nazwisko

Numer PESEL

Data urodzenia: (dd / mm / rrrr)

Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (1)

Obywatelstwo

Płeć: (2)

(1) W przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL należy podać serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.
(2) Należy wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna.

DANE IDENTYFIKACYJNE DZIECKA - 4

Imię

Nazwisko

Numer PESEL

Data urodzenia: (dd / mm / rrrr)

Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (1)

Obywatelstwo

Płeć: (2)

(1) W przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL należy podać serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.
(2) Należy wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna.

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, 1948, 2138 i 2173),

— 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, (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

— ☐ nie przebywam ani członek mojej rodziny nie przebywa poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej(1) w państwie, w którym mają zastosowanie przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego(2),

— ☐ przebywam lub członek mojej rodziny przebywa poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej(1) w państwie, w którym mają zastosowanie przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego(2).

(w przypadku zaznaczenia wypełnić poniższe pola):

(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 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.

...., dnia .....

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/praktyki lekarskiej) (miejscowość, data)

Zaświadczam

Ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu

1. Dane osoby, która ubiega się o wsparcie z ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem"

   ....., PESEL.....
   (imię i nazwisko)

   Zamieszkała/y.....

2. Dane dziecka, które urodziło się żywe, u którego stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu

   .....
   (imię i nazwisko dziecka, data urodzenia)

Oświadczam, iż jestem osobą upoważnioną do wydania niniejszego zaświadczenia zgodnie z art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. tj. jestem lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, posiadam specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej.

.....
(pieczątka i podpis lekarza)

Zawiercie, dnia: .....

.....
Imię i NAZWISKO wnioskodawcy

Do Dyrektora
Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej
w Zawierciu, ul. Piłsudskiego 47.
42-400 Zawiercie

WNIOSEK O OBJĘCIE KOORDYNACJĄ PRZEZ ASYSTENTA RODZINY

Proszę o objęcie mnie i / lub mojej rodziny koordynacją asystenta rodziny przewidzianą w art. 8 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem" (Dz. U. z 2016r. poz. 1860).

.....
(podpis)

1. Dane dotyczące Wnioskodawcy :

a) Imię i NAZWISKO:

.....

b) Adres:

.....

c) Telefon kontaktowy

.....

2. Sytuacja Wnioskodawcy:

a) Posiadam dokument potwierdzający ciążę:
TAK **NIE** **NIE DOTYCZY***

b) Jestem rodziną kobiety posiadającej dokument potwierdzający ciążę:

TAK **NIE** **NIE DOTYCZY***

stopień pokrewieństwa: .....

c) jestem rodziną dziecka: ..... ur. .....

PESEL: .....

Moje dziecko posiada zaświadczenie potwierdzające ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu , które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu wydane w dniu:
..... przez: .....

osobowych niezbędnych do wykonywania zadań wynikających z ustawy oraz zgodę na przekazanie asystentowi rodziny przez podmioty, o których mowa w art. 2 ust. 2, z wyłączeniem świadczeniodawców, informacji o udzielonym wsparciu.

INFORMACJA

Art. 3. ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem" (Dz. U. z 2016r. poz. 1860).Ilekroć w ustawie jest mowa o rodzinie, oznacza to odpowiednio: małżonków, rodziców dziecka w fazie prenatalnej, rodziców dziecka, opiekuna faktycznego dziecka, przez którego rozumie się osobę faktycznie opiekującą się dzieckiem, jeżeli wystąpiła z wnioskiem do sądu opiekuńczego o przysposobienie dziecka, a także pozostające na ich utrzymaniu dzieci.

Art. 8 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem" (Dz. U. z 2016r. poz. 1860).

1. Rodzina jest uprawniona w sytuacjach, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 3 i ust. 2 pkt 2–4, do poradnictwa w zakresie:
1) przezwyciężania trudności w pielęgnacji i wychowaniu dziecka;
2) wsparcia psychologicznego;
3) pomocy prawnej, w szczególności w zakresie praw rodzicielskich i uprawnień pracowniczych;
4) dostępu do rehabilitacji społecznej i zawodowej oraz świadczeń opieki zdrowotnej.
2. Poradnictwo w zakresie, o którym mowa w ust. 1, dla kobiet posiadających dokument potwierdzający ciążę, ich rodzin lub rodziny z dzieckiem posiadającym zaświadczenie, o którym mowa w art. 4 ust. 3, koordynowane jest przez asystenta rodziny, o którym mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.
3. Koordynacja, o której mowa w ust. 2, polega na:
1) opracowywaniu wspólnie z osobami, o których mowa w ust. 2, katalogu możliwego do uzyskania wsparcia;
2) występowaniu przez asystenta rodziny w imieniu osób, o których mowa w ust. 2, na ich żądanie, do podmiotów, o których mowa w art. 2 ust. 2, z wyłączeniem świadczeniodawców, w celu umożliwienia im skorzystania ze wsparcia, na podstawie pisemnego upoważnienia.
4. Podmioty odpowiedzialne za realizację wsparcia, o którym mowa w art. 1, obowiązane są do współpracy z asystentem rodziny w zakresie przekazywania informacji na jego wniosek o możliwym do zrealizowania przez te podmioty wsparciu.
5. Podmioty, o których mowa w art. 2 ust. 2, z wyłączeniem świadczeniodawców, przekazują asystentowi rodziny informacje w zakresie udzielonego wsparcia w przypadku złożenia wniosku, o którym mowa w ust. 4.
6. Koordynacja wsparcia podejmowana jest przez asystenta rodziny na wniosek osób, o których mowa w ust. 2, złożony do właściwego ze względu na miejsce zamieszkania wnioskodawcy kierownika ośrodka pomocy społecznej. Przepisów art. 11 ust. 1–3 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej nie stosuje się.

Lp	Imię nazwisko	Data urodzenia			Płeć	Nr PESEL	Stan cywilny	Stopień pokrewieństwa
		dzień	mies.	rok				
1.					K/M*			
2.					K/M*			
3.					K/M*			
4.					K/M*			
5.					K/M*			
6.					K/M*			
7.					K/M*			
8.					K/M*			
9.					K/M*			
10.					K/M*			
11.					K/M*			

Zawiercie, dnia .....

.....

imię i nazwisko

.....

adres

Oświadczam, iż zostałam/em poinformowana/ny o możliwości objęcia mnie, mojej rodziny koordynacją przez asystenta rodziny w oparciu o przepisy ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin " Za życiem ".

.....

podpis osoby przyjmującej oświadczenie

.....

podpis osoby składającej oświadczenie

.....
(pieczątka podmiotu leczniczego lub praktyki lekarskiej
praktyki położnej albo nazwa (firma) tego podmiotu /praktyki) 1)

.....
(miejscowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

potwierdzające pozostawanie kobiety pod opieką medyczną nie później niż od 10 tygodnia ciąży do porodu, uprawniającą do dodatku z tytułu urodzenia dziecka

Pani

.....
(imię i nazwisko)

numer PESEL lub nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....

zamieszkała

.....
(adres zamieszkania)

pozostawała pod opieką medyczną od .....tygodnia ciąży do porodu

Terminy udzielania świadczeń zdrowotnych:

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

.....
(podpis, imię i nazwisko, tytuł zawodowy oraz
numer prawa wykonywania zawodu lekarza/położnej) 1)

---

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