

Jednostka organizacyjna Miasta Białegostoku:
Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie
w Białymstoku - Dział Świadczeń Rodzinnych
ul. Klepacka 18
15-634 Białystok

„Za życiem”

Wniosek składa się w gminie właściwej ze względu na miejsce zamieszkania wnioskodawcy.

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	Wpisz swoje dane oraz adres zamieszkania (nie zameldowania).	
BRYGIDA	NOWAK		
Numer PESEL ^{*)}	Obywatelstwo		
89020100000	POLSKIE		
Miejsce zamieszkania			
Miejscowość		Kod pocztowy	
BIAŁYSTOK		15-001	
Ulica	Numer domu	Numer mieszkania	
RADOSNA	1	1	
Numer telefonu (nieobowiązkowo)		Adres poczty elektronicznej – e-mail (nieobowiązkowo)	
123456789		b.nowak@mail.com	

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

Wpisz dane dziecka, na które wnioskujesz.

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

1.	Imię	Nazwisko	Płeć
	JULIA	NOWAK	<input checked="" type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
	Numer PESEL ^{*)}	Obywatelstwo	Data urodzenia (dd-mm-rrrr)
	15210100000	POLSKIE	01-01-2015

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

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

Część II

Oświadczenie dotyczące ustalenia prawa do jednorazowego świadczenia

Zapoznaj się z oświadczeniem.

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,

Zaznacz odpowiedni kwadrat

- 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):

Wypełnij, jeżeli ktoś z członków Twojej rodziny przebywa poza granicami Polski. Dodatkowo wypełnij OŚWIADCZENIE znajdujące się na stronie Podlaskiego Urzędu Wojewódzkiego
<http://www.bialystok.uw.gov.pl/Informacje+wydzialow/Polityka+Spoleczna/Informacje+Wydzialu/Koordynacja.htm>

(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.

Wpisz nr rachunku bankowego, na które będzie wypłacone świadczenie.

Proszę o wpłatę jednorazowego świadczenia na następujący nr rachunku bankowego

1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

BRYGIDA NOWAK

którego właścicielem jest.....
(imię i nazwisko)

Do wniosku dołącz dwa zaświadczenia.

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 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.

* *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.*

3)

4)

5)

6)

Pouczenie

Przeczytaj uważnie pouczenia!

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 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 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.

Podpisz wniosek imieniem
i nazwiskiem.

BIAŁYSTOK, 01/07/2020, BRYGIDA NOWAK

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