

Nazwa organu właściwego prowadzącego postępowanie w sprawie jednorazowego świadczenia <sup>1)</sup>
Adres <sup>1)</sup>

1) Przez organ właściwy rozumie się wójta, burmistrza lub prezydenta miasta właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby uprawnionej.

**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													
Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość <sup>1)</sup>	Data urodzenia	Płeć												
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"> </td><td style="width: 25%;"> </td><td style="width: 25%;"> </td><td style="width: 25%;"> </td> </tr> </table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"> </td><td style="width: 25%;"> </td><td style="width: 25%;"> </td><td style="width: 25%;"> </td> </tr> </table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"> </td><td style="width: 25%;"> </td><td style="width: 25%;"> </td><td style="width: 25%;"> </td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> M K
Obywatelstwo															

**Adres miejsca zamieszkania**

Miejscowość	Kod pocztowy	Adres poczty elektronicznej - e-mail <sup>2)</sup>					
	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"> </td><td style="width: 25%;"> </td><td style="width: 25%;"> </td><td style="width: 25%;"> </td> </tr> </table>						
Ulica	Numer domu	Numer mieszkania	Numer telefonu <sup>2)</sup>				

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

2) Podanie adresu e-mail i numeru telefonu nie jest obowiązkowe ale ułatwi kontakt w sprawie wniosku.

**2. Składam wniosek o jednorazowe świadczenie na następujące dzieci:**

<b>1</b>	Imię	Nazwisko									
	Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość <sup>1)</sup>	Data urodzenia								
	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"> </td><td style="width: 25%;"> </td><td style="width: 25%;"> </td><td style="width: 25%;"> </td> </tr> </table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"> </td><td style="width: 25%;"> </td><td style="width: 25%;"> </td><td style="width: 25%;"> </td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> M K
	Obywatelstwo										

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

**2. Składam wnioski o jednorazowe świadczenie na następujące dzieci:**

2	Imię		Nazwisko	
	Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość <sup>1)</sup>	Data urodzenia	Płeć
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K
Obywatelstwo				
3	Imię		Nazwisko	
	Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość <sup>1)</sup>	Data urodzenia	Płeć
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K
Obywatelstwo				
4	Imię		Nazwisko	
	Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość <sup>1)</sup>	Data urodzenia	Płeć
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K
Obywatelstwo				
5	Imię		Nazwisko	
	Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość <sup>1)</sup>	Data urodzenia	Płeć
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K
Obywatelstwo				
6	Imię		Nazwisko	
	Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość <sup>1)</sup>	Data urodzenia	Płeć
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K
Obywatelstwo				
7	Imię		Nazwisko	
	Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość <sup>1)</sup>	Data urodzenia	Płeć
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K
Obywatelstwo				

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

## 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<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 wypełnij sekcję: DANE CZŁONKÓW RODZINY PRZEBYWAJĄCYCH ZA GRANICĄ)

- 4) Nie dotyczy wyjazdu lub pobytu turystycznego, leczniczego lub związanego z podjęciem przez dziecko kształcenia poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej.
- 5) 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, nazwisko oraz numer PESEL członka/członków rodziny przebywających za granicą

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Do wniosku dołączam następujące dokumenty (właściwe zaznaczyć):

- 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<sup>4)</sup> 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).

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.

- 3) .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

