

Nazwa i adres organu właściwego prowadzącego postępowanie
w sprawie jednorazowego świadczenia:

**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*) | | Obywatelstwo | |
| | | | |
| Miejsce zamieszkania | | | |
| Miejscowość | | Kod pocztowy | |
| | | | |
| Ulica | Numer domu | Numer mieszkania | |
| | | | |
| Numer telefonu (nieobowiązkowo) | | Adres poczty elektronicznej – e-mail (nieobowiązkowo) | |
| | | | |

*) 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:**

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

| | | | |
|----|-----------------------|---------------------|--|
| 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

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**)

.....
.....
(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

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)