

Nazwa organu właściwego prowadzącego postępowanie
w sprawie jednorazowego świadczenia¹⁾

SR

Adres¹⁾

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 ¹⁾	Data urodzenia	Płeć																																														
<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																		<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">dd</td><td colspan="2">mm</td><td colspan="4">rrrr</td><td colspan="6"></td></tr></table>																	dd		mm		rrrr										☐ M ☐ K
dd		mm		rrrr																																													
Obywatelstwo																																																	
Adres miejsca zamieszkania																																																	
Miejscowość	Kod pocztowy	Adres poczty elektronicznej - e-mail ²⁾																																															
	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																																
Ulica	Numer domu	Numer mieszkania	Numer telefonu ²⁾																																														

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:

1	Imię	Nazwisko																																															
	Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ¹⁾	Data urodzenia																																														
	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																		<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">dd</td><td colspan="2">mm</td><td colspan="4">rrrr</td><td colspan="6"></td></tr></table>																	dd		mm		rrrr									
dd		mm		rrrr																																													
	Obywatelstwo																																																

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

2. Składam wniosek o jednorazowe świadczenie na następujące dzieci:

2	Imię		Nazwisko	
	Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ¹⁾	Data urodzenia	Płeć
				☐ M ☐ K
Obywatelstwo				
3	Imię		Nazwisko	
	Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ¹⁾	Data urodzenia	Płeć
				☐ M ☐ K
Obywatelstwo				
4	Imię		Nazwisko	
	Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ¹⁾	Data urodzenia	Płeć
				☐ M ☐ K
Obywatelstwo				
5	Imię		Nazwisko	
	Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ¹⁾	Data urodzenia	Płeć
				☐ M ☐ K
Obywatelstwo				
6	Imię		Nazwisko	
	Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ¹⁾	Data urodzenia	Płeć
				☐ M ☐ K
Obywatelstwo				
7	Imię		Nazwisko	
	Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ¹⁾	Data urodzenia	Płeć
				☐ M ☐ 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 Polskiej¹⁾ w państwie, w którym mają zastosowanie przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego²⁾
- ☐ **przebywam** lub członek mojej rodziny przebywa poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej¹⁾ w państwie, w którym mają zastosowanie przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego²⁾.
- (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 położną⁴⁾ 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 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 jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(miejscowość)

.....
(data: dd / mm / rrr)

.....
(podpis wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE FORMY WYPŁACANIA ŚWIADCZEŃ

Należy zaznaczyć tylko jedną formę przekazywania świadczeń !!!

(niezależnie od rodzaju, świadczenia mogą być przekazywane za pomocą tylko jednej formy płatności)

Imię i nazwisko

Adres

☐ Proszę o przekazywanie przyznanego świadczenia na rachunek bankowy:

.....
(nazwa banku, oddział)

--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

.....
(numer rachunku - 26 cyfr)

Oświadczam, że jestem właścicielem / współwłaścicielem / osobą upoważnioną*) do w/w konta bankowego

☐ Odbiorę w punkcie kasowym / placówce banku:

.....
(nazwa i adres punktu kasowego / placówki banku)

*) niepotrzebne skreślić

.....
(data)

.....
podpis osoby ubiegającej się

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/
praktyki lekarskiej/ praktyki położnej ¹⁾)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE

lekarskie/ wystawione przez położną ¹⁾
potwierdzające pozostawanie kobiety pod opieką medyczną nie później niż od
10 tygodnia ciąży do porodu, uprawniającą do dodatku z tytułu urodzenia dziecka ²⁾

Pani
(imię i nazwisko,
numer PESEL lub nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ³⁾)

zamieszkała:
(adres zamieszkania)

Pozostawała pod opieką medyczną od tygodnia ciąży do porodu.

Terminy udzielenia świadczeń zdrowotnych ⁴⁾:

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

.....
(pieczęć i podpis lekarza/ położnej ¹⁾)

-
- 1) Niepotrzebne skreślić.
 - 2) Niniejsze zaświadczenie zgodnie z art. 15b ust. 6 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2006 r. Nr 139, poz. 992, z późn. zm.) stanowi także podstawę uzyskania jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia się żywego dziecka.
 - 3) W przypadku kobiety nieposiadającej numeru PESEL.
 - 4) Należy wpisać termin udzielonego jednego świadczenia zdrowotnego w każdym trymestrze ciąży.

Ochrona danych osobowych osób załatwiających sprawy w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Bodzechowie.

Zgodnie z art. 13 ust. 1-2 oraz art. 14 ust. 1-2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Radu (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych w skrócie RODO, Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Bodzechowie informuje:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Bodzechowie z/s w Ostrowcu Św. ul. Kilińskiego 49 L (I Piętro) 27-400 Ostrowiec Św., nr tel. 41 265-10-38, którego reprezentantem jest Kierownik Ośrodka.
2. Administrator danych powołał Inspektora Ochrony Danych Osobowych Angelikę Dąbrowską - Kondratowicz, który reprezentuje Administratora w kwestiach związanych przetwarzaniem danych osobowych osób fizycznych, e-mail: a.dabrowska-kondratowicz@ugb.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 pkt c RODO wyłącznie w celu realizacji zadań Ośrodka określonych przepisami prawa.
4. Pani/Pana dane osobowe nie będą udostępniane osobom fizycznym lub podmiotom, które nie są do tego uprawnione. Dane osobowe mogą być udostępnione tylko i wyłącznie podmiotom uprawnionym do ich pozyskania na podstawie przepisów prawa regulujących ich działalność. Przykładem takich podmiotów są min. Sądy Powszechne, Prokuratura, Policja itp. Udostępnienie danych osobowych w takich przypadkach odbywa się na pisemny wniosek.
5. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą przez okres niezbędny do realizacji celu przetwarzania danych tj. do czasu niezbędnego do zrealizowania Pani/Pana uprawnień np. uzyskania określonej formy pomocy. Wymieniony czas określają przepisy prawa regulujące przyznawanie poszczególnych świadczeń bądź przepisy o archiwizacji.
6. Według stanu prawnego na dzień 25 maja 2018 r. tj. na dzień rozpoczęcia stosowania ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych RODO ma Pani/Pan prawo do:
 - a) Dostępu do swoich danych osobowych.
 - b) Sprostowania swoich danych osobowych.
 - c) Wniesienia skargi odnośnie nieprawidłowego przetwarzania danych osobowych do organu nadzorczego.
 - d) Usunięcia, ograniczenia lub wniesieniu sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych.
 - e) Przenoszenia danych, uzyskania kopii danych osobowych.
7. Działalność Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej jako jednostki zajmującej się obsługą świadczeń socjalnych lub zabezpieczenia społecznego opiera się na przepisach prawa regulujących przyznawanie świadczeń, w związku z czym nie wymagana jest zgoda na przetwarzanie danych osobowych.
8. Podanie niezbędnych danych osobowych przez klientów ośrodka jest wymogiem ustawowym. W przypadku niepodania danych osobowych niemożliwe będzie spełnienie Pani/Pana prawa do uzyskania świadczenia.
9. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji w tym profilowaniu.

.....
(data i podpis)

