

Nazwa organu właściwego prowadzącego postępowanie  
w sprawie jednorazowego świadczenia:

Adres:

**WNIOSEK O USTALENIE PRAWA DO JEDNORAZOWEGO ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU  
URODZENIA SIĘ DZIECKA, U KTÓREGO ZDIAGNOZOWANO CIĘŻKIE I NIEODWRACALNE  
UPOŚLEDZENIE ALBO NIEULECZALNĄ CHOROBY 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  |                  |  |
| <b>Miejsce zamieszkania</b>     |   |                  |  |
| 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<br><input type="checkbox"/> mężczyzna |
|    | Numer PESEL *) | Obywatelstwo | Data urodzenia (dd-mm-rrrr)  |
|    |                |              |  |
| 2. | Imię           | Nazwisko     | Płeć   |
|    |                |              | <input type="checkbox"/> kobieta<br><input type="checkbox"/> mężczyzna |
|    | Numer PESEL *) | Obywatelstwo | Data urodzenia (dd-mm-rrrr)  |
|    |                |              |  |
| 3. | Imię           | Nazwisko     | Płeć   |
|    |                |              | <input type="checkbox"/> kobieta<br><input type="checkbox"/> mężczyzna |
|    | Numer PESEL *) | Obywatelstwo | Data urodzenia (dd-mm-rrrr)  |
|    |                |              |  |

„DruX” tel. 61 819-44-64(65), fax 61 622 24 44 OPS SR 300

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



## 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 zapoznałam/zapoznałem się z powyższym pouczeniem. Oświadczam, że powyższe dane zawarte we wniosku są prawdziwe.**

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

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/ praktyki lekarskiej)

....., dnia .....r.

**Zaświadczenie lekarskie potwierdzające ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu**

Zaświadczam, iż Pani .....

numer PESEL lub nazwa dokumentu potwierdzającego tożsamość <sup>1)</sup>.....

zamieszkała:.....

urodziła w dniu ..... syna/córkę .....

(data urodzenia)

(imię i nazwisko dziecka),

u którego/której stwierdzam ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu.

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywego oświadczenia oświadczam, iż<sup>2)</sup> :

zawarłem umowę NR ....., z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

jestem zatrudniony lub wykonuję zawód w przychodni, z którą NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

posiadam specjalizację II stopnia w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii;

posiadam tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii lub neonatologii;

.....  
(pieczęć i podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego<sup>3)</sup>)

1) w przypadku kobiety nieposiadającej numeru PESEL;

2) właściwie zaznaczyć;

3) zaświadczenie może być 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