

Adres:

**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
			☐ kobieta ☐ mężczyzna
	Numer PESEL*)	Obywatelstwo	Data urodzenia (dd-mm-rr)
2.	Imię	Nazwisko	Płeć
			☐ kobieta ☐ mężczyzna
	Numer PESEL*)	Obywatelstwo	Data urodzenia (dd-mm-rr)
3.	Imię	Nazwisko	Płeć
			☐ kobieta ☐ mężczyzna
	Numer PESEL*)	Obywatelstwo	Data urodzenia (dd-mm-rr)

*) 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, 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,
- ☐ **nie przebywam** ani członek mojej rodziny **nie 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)

*) 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.

[illegible]

(nazwa banku/spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej)

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 (Dz. U. poz. 1234).

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

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

.....
nazwa i adres podmiotu leczniczego

.....dnia..... r.
miejscowość

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

*uprawniające do korzystania ze wsparcia, o którym mowa w art. 4 ust. 2 pkt 2-4
ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. poz. 1860) oraz art. 47 ust. 1a i art.
47c ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
(Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.)*

Nazwisko i imię dziecka
Data urodzenia
Numer PESEL dziecka (o ile został nadany).....
zamieszkała(y).....
**Cierpi na ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę
zagrożającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub
w czasie porodu.**

.....
Pieczętka i podpis lekarza

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

.....
(miejscowość i 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 zgodne z art. 15b ust. 6 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1518, 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.

„Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu otrzymania następujących świadczeń:

1. ☐ jednorazowa zapomoga z tytułu urodzenia się dziecka
2. ☐ zasiłek rodzinny wraz z dodatkami do zasiłku rodzinnego
3. ☐ zasiłek pielęgnacyjny
4. ☐ świadczenie pielęgnacyjne
5. ☐ specjalny zasiłek opiekuńczy
6. ☐ świadczenie rodzicielskie
7. ☐ świadczenie wychowawcze
8. ☐ świadczenie z funduszu alimentacyjnego
9. ☐ postępowanie wobec dłużników alimentacyjnych
10. ☐ świadczenie „Za życiem”
11. ☐ świadczenie „Dobry Start”
12. ☐ Kartę Dużej Rodziny

na podstawie ustawy o świadczeniach rodzinnych z dnia 28 listopada 2003 r. (t.j. Dz. U z 2020 r. poz 111), ustawy z dnia 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci (t.j. Dz. U z 2019 r. poz. 2407 ze zm.), ustawa z dnia 7 września 2007 r. o pomocy osobom uprawnionym do alimentów (t.j. Dz. U z 2019 r. poz 670 ze zm.), ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (t.j. Dz. U. 2019 r. poz. 473 ze zm.), Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30.05.2018 r. w sprawie szczegółowych warunków realizacji rządowego programu „Dobry Start”, (Dz. U z 2018 r. poz. 1061 ze zm.), ustawy z dnia 5 grudnia 2014 r. o Karcie Dużej Rodziny (t.j. Dz. U. z 2019r. poz. 1390 ze zm.) zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a, lit. c, lit. f, art. 9 ust. 2B oraz art 13 ust 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)”.
KLAUZULA INFORMACYJNA

W związku z pozyskiwaniem danych osobowych zgodnie z zapisami ROZPORZĄDZENIA PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) Dz. Urz. UE L119 z 04.05.2016, zwanego dalej RODO oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781) informujemy, iż:

1. Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Grójcu zobowiązuje się do wykorzystywania udostępnionych danych wyłącznie do realizacji zadania publicznego w rozumieniu RODO;
2. Podstawa prawna upoważniająca do pozyskania danych albo wskazania wiarygodnie uzasadnionej potrzeby posiadania danych, art. 6 ust. 1 lit. a, lit. c, lit. f oraz art. 9 ust. 2b Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych RODO), oraz art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 10 maja 2018 r ustawy o ochronie danych osobowych / Dz.U. z 2019 r. poz. 1781).
3. Administratorem danych osobowych jest Miejsko - Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Grójcu reprezentowany przez Dyrektora MGOPS w Grójcu z siedzibą przy al. Niepodległości 6a, 05 - 600 Grójec, tel. 48 664-36-78, e - mail:mgops@grojecmiasto.pl.
4. Inspektorem ochrony danych (IOD) jest Pani Katarzyna Suwarska, e- mail:inspektor@grojecmiasto.pl

5. Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych zadań Miejsko - Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Grójcu - w szczególności dotyczących:
– ustalenia uprawnień do świadczeń pieniężnych, świadczeń niepieniężnych,
– pracy socjalnej, – realizacji zadań wynikających z programów pomocy społecznej.
6. Odbiorcami danych osobowych będą wyłącznie podmioty upoważnione z mocy przepisów prawa lub zawartych umów.
7. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celu przetwarzania wskazanego w pkt 5, w tym przechowywane do momentu wygaśnięcia obowiązku archiwizacji danych wynikającego z przepisów prawa.
8. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe i umożliwi realizację ustawowych zadań Miejsko - Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Grójcu oraz załatwienie inicjowanych przez Panią/Pana spraw. W przypadku ich niepodania nie będzie możliwe załatwienie Pani/Pana spraw.
9. Przysługuje Pani/Panu prawo do: – żądania dostępu do danych osobowych na podstawie art. 15 RODO, – sprostowania swoich danych na podstawie art. 16 RODO, – ograniczenia przetwarzania danych na podstawie art. 18 RODO oraz ich usunięcia po ustaniu okresu przechowywania, w myśl obowiązujących przepisów.
10. Przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody, na podstawie której przetwarzane są Pani/Pana dane osobowe (jeśli przetwarzanie odbywa się na podstawie Pani/Pana zgody).
11. Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych
12. Przysługuje Pani/Panu prawo do przenoszenia swoich danych, jednak pozytywne rozpatrzenie Pani/Pana prawa do przeniesienia Pani/Pana danych musi być zgodne z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie.
13. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą poddane zautomatyzowanym procesom związanym z podejmowaniem decyzji, w tym profilowaniu.
14. Jeśli uzna Pani/Pan, że dane osobowe nie są przetwarzane w sposób prawidłowy przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Potwierdzam, że zostałam/em poinformowana/y o przysługującym mi uprawnieniach:

.....
(data i podpis)