

Załącznik do rozporządzenia Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 26 stycznia 2023 r. (Dz. U. poz. 211)

WZÓR

Nazwa organu właściwego prowadzącego postępowanie w sprawie jednorazowego świadczenia:	
Adres:	Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej DZIAŁ ŚWIADCZEŃ RODZINNYCH 42-700 Lubliniec, ul. Oświęcimska 30 Tel./fax 34/351 01 65 NIP 575-14-49-327 REGON 150528414

**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 „osoba ubiegająca się”.

Imię		Nazwisko	
Numer PESEL ¹⁾		Obywatelstwo	
Miejsce zamieszkania			
Miejscowość		Kod pocztowy	
Ulica	Numer domu	Numer mieszkania	
Numer telefonu (nieobowiązkowo)	Adres poczty elektronicznej – e-mail (nieobowiązkowo)		

2. Wnoszę o ustalenie prawa do jednorazowego świadczenia na następujące dzieci:

1.	Imię	Nazwisko
	Numer PESEL ¹⁾	Obywatelstwo
		Data urodzenia (dd-mm-rrrr)
2.	Imię	Nazwisko
	Numer PESEL ¹⁾	Obywatelstwo
		Data urodzenia (dd-mm-rrrr)
3.	Imię	Nazwisko
	Numer PESEL ¹⁾	Obywatelstwo
		Data urodzenia (dd-mm-rrrr)

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 2022 r. poz. 2561, 2674 i 2770),
- 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, w tym współmałżonek lub drugi rodzic dziecka/dzieci, nie przebywa poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej²⁾ w państwie, w którym mają zastosowanie przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego³⁾,
- ☐ przebywam lub członek mojej rodziny, w tym współmałżonek lub drugi rodzic dziecka/dzieci, przebywa poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej²⁾ w państwie, w którym mają zastosowanie przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego³⁾ (w przypadku zaznaczenia wypełnić poniższe pole):

(Dane członków rodziny przebywających poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, w tym współmałżonka lub drugiego rodzica dziecka/dzieci: imię, nazwisko oraz, jeżeli są znane: numer PESEL¹⁾, zagraniczny numer identyfikacyjny służący do identyfikacji ludności, państwo pobytu, okres pobytu poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, adres miejsca zamieszkania poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, nazwa i adres pracodawcy lub miejsce prowadzenia działalności gospodarczej poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej)

Proszę o wpłatę jednorazowego świadczenia na następujący nr rachunku bankowego/w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej

[illegible]

w banku/spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej

(nazwa banku/spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej)

Do wniosku dołączam następujące dokumenty:

- 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, neonatologii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej,
- 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. z 2021 r. poz. 199).
- 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. z 2020 r. poz. 1329 oraz z 2022 r. poz. 2140), 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 (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, 2674 i 2770), posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej), 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 2022 r. poz. 615, 1265 i 2140) 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 ustalenie prawa do jednorazowego świadczenia składa się w terminie 12 miesięcy od dnia narodzin dziecka, a w przypadku gdy wniosek dotyczy dziecka objętego opieką prawną, opieką faktyczną albo dziecka przysposobionego – w terminie 12 miesięcy od dnia objęcia dziecka opieką albo przysposobienia, nie później niż do ukończenia przez dziecko 18. roku życia.⁵⁾ Wniosek złożony po terminie właściwy organ pozostawia 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)

¹⁾ W przypadku gdy nie nadano numeru PESEL, należy podać numer i serię dokumentu potwierdzającego tożsamość.

²⁾ Nie dotyczy wyjazdu lub pobytu turystycznego, leczniczego lub związanego z podjęciem przez dziecko kształcenia poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej.

³⁾ 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 (nie dotyczy wyjazdu po 31 grudnia 2020 r.), Cypru, Czech, Estonii, Litwy, Łotwy, Malty, Słowacji, Słowenii, Węgier, Bułgarii, Rumunii, Norwegii, Islandii, Liechtensteinu, Szwajcarii.

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.

⁵⁾ W przypadku dziecka urodzonego i objętego opieką lub urodzonego i przysposobionego do dnia 31 stycznia 2023 r. wniosek o ustalenie prawa do jednorazowego świadczenia składa się w terminie 12 miesięcy od dnia narodzin dziecka.

.....
(pieczęć podmiotu leczniczego/praktyki
lekarskiej/praktyki położnej albo
nazwa (firma) tego podmiotu/praktyki 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 -

.....
(podpis, imię i nazwisko, tytuł zawodowy oraz numer
prawa wykonywania zawodu lekarza/położnej ¹⁾)

1) Niepotrzebne skreślić. Imię i nazwisko, tytuł zawodowy oraz numer prawa wykonywania zawodu mogą być naniesione także w formie pieczęćki, nadruku lub naklejki.

2) Niniejsze zaświadczenie zgodne z art. 15b ust. 6 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych, 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.

....., dniar.

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

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
(imię i nazwisko, PESEL)

zamieszkała:
(adres zamieszkania)

urodziła w dniu syna/córkę
(data urodzenia) (imię i nazwisko)

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

Oświadczam, że posiadam specjalizację II stopnia i/lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej.

Jestem lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

.....
(pieczęć i podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego)



MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W LUBLINIE

ul. Oświęcimska 30, 42-700 Lubliniec NIP 575-14-45-337 REGON 150528414

sekretariat@mops.lubliniec.pl, www.mops.lubliniec.pl

tel. 343562005, 343561915 fax: 343513378

INFORMACJA

dla klientów Ośrodka, od których zbierane są dane, które ich dotyczą, w celu realizacji ustawowych zadań Ośrodka

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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, dalej: RODO), informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Lublinie** z siedzibą przy ul. Oświęcimskiej 30, 42 – 700 Lubliniec, adres e-mail: sekretariat@mops.lubliniec.pl, tel. +48-34-35-62-005.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych (IOD), z którym można się skontaktować mailowo pod adresem: iod@mops.lubliniec.pl
3. Administrator może przetwarzać Pani/Pana dane osobowe na podstawie **art. 6 ust. 1 lit. c) i art. 9 ust. 2 lit. b) i art. 10 RODO** w związku z *:
 - Ustawą z dnia 28 listopada 2003r. o świadczeniach rodzinnych (art. 23 ust.4e,4f, art.29),
 - Ustawą z dnia 7 września 2007r. o pomocy osobom uprawnionym do alimentów (art.19 ust.2),
 - Ustawą z dnia 11 lutego 2016r. o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci (art. 15, art.24),
 - Ustawą z dnia 4 listopada 2016r. o wspieraniu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (art.10),
 - Ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art.66 ust.1 pkt.28a i b, art.73 pkt.10, pkt. 10 a)
 - Ustawą z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (art. 6 ust. 2a),
 - Ustawą z dnia 4 kwietnia 2014r. o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekuna (art. 1,art. 2, art.9, art.23),w celu prowadzenia postępowania w sprawie realizacji zadań wynikających z w/w ustaw/y.
Podanie danych jest niezbędne do rozpatrzenia Pana/Pani sprawy na podstawie w/w przepisów.
4. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania, jednak nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji, w oparciu o instrukcję kancelaryjną obowiązującą w Ośrodku.
5. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych (art. 15 RODO) z zastrzeżeniem, że udostępniane dane nie mogą naruszać tajemnic prawnie chronionych, do których zachowania zobowiązany jest Administrator, prawo do ich sprostowania (art. 16 RODO), jak również prawo żądania ograniczenia ich przetwarzania (art. 18 RODO) oraz prawo do złożenia żądania usunięcia danych (art. 17 RODO).
6. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – **Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych** jeśli Pani/Pana zdaniem przetwarzanie narusza przepisy RODO.
7. Pozyskane dane osobowe nie będą udostępniane podmiotom innym, niż upoważnione na podstawie przepisów prawa lub podmiotom, które na podstawie stosownych umów podpisanych z Ośrodkiem przetwarzają dane osobowe, których Administratorem jest Ośrodek.
8. Decyzje związane z przetwarzaniem danych nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany a dane nie będą podlegały profilowaniu (art. 22 RODO).

Zapoznałam/em się, Lubliniec.....

Data i podpis osoby informowanej

*-w zależności od rozpoznanych potrzeb/ zgłoszonych wniosków