

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 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”.**

|                                        |  |                                                              |                         |
|----------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------|-------------------------|
| <b>Imię</b>                            |  | <b>Nazwisko</b>                                              |                         |
|                                        |  |                                                              |                         |
| <b>Numer PESEL*)</b>                   |  | <b>Obywatelstwo</b>                                          |                         |
|                                        |  |                                                              |                         |
| <b>Miejsce zamieszkania</b>            |  |                                                              |                         |
| <b>Miejscowość</b>                     |  | <b>Kod pocztowy</b>                                          |                         |
|                                        |  |                                                              |                         |
| <b>Ulica</b>                           |  | <b>Numer domu</b>                                            | <b>Numer mieszkania</b> |
|                                        |  |                                                              |                         |
| <b>Numer (nieobowiązkowo) telefonu</b> |  | <b>Adres poczty elektronicznej – e-mail (nieobowiązkowo)</b> |                         |
|                                        |  |                                                              |                         |

\*) 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"/><br>mężczyzna |
|    | Numer PESEL*) | Obywatelstwo | Data urodzenia (dd-mm-rrrr)                                            |
|    |               |              |                                                                        |
| 2. | Imię          | Nazwisko     | Płeć                                                                   |
|    |               |              | <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/><br>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, 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\*\*),

**przebywam lub członek** mojej rodziny **przebywa** poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej\*) w państwie, w którym mają zastosowanie przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego\*\*) (w przypadku zaznaczenia wypełnić poniższe pole):

.....  
(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.

.....  
(miejsowość, data i podpis osoby)