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 CHOROBĘ 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-rrrr)

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

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

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

FH. PLESIŃSCY tel./fax 42 646 27 21, tel. kom. 694 531 888, 608 115 209

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 i 1948),
- 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.

OŚWIADCZENIE FORMA WYPŁATY

Proszę o następujący sposób realizacji świadczeń*:

☐ **przelewem na rachunek bankowy** Nazwa banku .....

Nr rachunku |__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__|

☐ **gotówką w kasie ośrodka / urzędu** .....

(podać serię i numer dowodu tożsamości)

☐ **gotówką we wskazanym banku** Nazwa banku .....

.....

(Podpis osoby składającej oświadczenie)

* zaznaczyć właściwy kwadrat

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 lub neonatologii,

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).

**** 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 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)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE 1)

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

1. **Potwierdzam, że u dziecka:**

Imię i nazwisko dziecka:.....

Data urodzenia dziecka:.....nr PESEL dziecka.....

Imię i nazwisko matki dziecka:.....

Nr PESEL matki dziecka:.....

Adres zamieszkania matki dziecka:.....

Zdiagnozowano [1]:

.....

Które/a powstało/a [2]:

.....

2. **Oświadczam, że [3]:**

☐ NFZ zawarł ze mną umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej
☐ Jestem zatrudniony lub wykonuję zawód w przychodni, z którą NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

Posiadam specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w zakresie [3]:

☐ Położnictwa i ginekologii
☐ Perinatologii
☐ Neonatologii

.....

(pieczęć i podpis lekarza)

[1] proszę wpisać odpowiednio zgodnie z diagnozą: ciężkie i nieodwracalne upośledzenie lub nieuleczalna choroba zagrażająca życiu

[2] proszę wpisać odpowiednio zgodnie z diagnozą: w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu

[3] właściwe zaznaczyć **x**

1) Zaświadczenie uprawnia do wsparcia określonego w ustawie z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparcie kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem" (Dz. U. z 2016 r. poz. 1860). Zgodnie z art. 4 ust. 3 tej ustawy zaświadczenie może zostać 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.

GMINNY OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W USTRONIU MORSKIM

PRZYZNAWANIE ŚWIADCZEŃ

KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH PRZEZ ADMINISTRATORA W PRZYPADKU ZBIERANIA DANYCH OD OSOBY, KTÓREJ DANE DOTYCZĄ

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 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 (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych), (Dz.Urz. z 04.05.2016 r. UE L119, s.1 do 88), dalej RODO, informuję, że:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Ustroniu Morskim z siedzibą w Ustroniu Morskim ul. Osiedlowa 2b, 78-111 Ustronie Morskie, e-mail: gops.ustronie@wp.pl, tel. +48 94 35 14 177, w imieniu której działa Kierownik GOPS, zwana dalej „GOPS"; **dane kontaktowe do inspektora ochrony danych: Dariusz Florek,** GOPS Ustronie Morskie, ul. Osiedlowa 2b, *e-mail:* darekflorek71@gmail.com .

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu: realizacji zadań wynikający z przepisów prawa, w szczególności ustawy o pomocy społecznej, ustawy Kodeks Postępowania Administracyjnego, ustawy o postępowaniu egzekucyjnym w administracji, ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, ustawy o świadczeniach rodzinnych, ustawy o pomocy osobom uprawnionym do alimentów, ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, ustawy o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów, ustawy o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci, ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem" w GOPS na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) i art. 9 ust. 2 lit. b) RODO wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, wynikającego z w/w ustaw (realizacji zadań dotyczących przyznawania świadczeń oraz zaświadczeń o korzystaniu/niekorzystaniu ze świadczeń pomocy społecznej, świadczeń rodzinnych, dodatków mieszkaniowych, dodatków energetycznych, funduszu alimentacyjnego, opieki zastępczej, poradnictwa specjalistycznego, dofinansowania ze środków PFRON i innych, w zależności od Pani/Pana spraw/sprawy);

Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do **Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,** gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO), na adres:

Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa;

Oświadczam że podane dane osobowe są one zgodne z prawdą.

Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej zamieszczonej na BIP GOPS i na tablicach informacyjnych GOPS, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

.....

(podpis)