

|  |
|--|
|  |
|  |



**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 telefonu (nieobowiązkowo)</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:**

|           |                      |                     |  |
|-----------|----------------------|---------------------|--|
| <b>1.</b> | <b>Imię</b>          | <b>Nazwisko</b>     | <b>Płeć</b>  |
|           |                      |                     | <input type="checkbox"/> kobieta<br><input type="checkbox"/> mężczyzna |
|           | <b>Numer PESEL*)</b> | <b>Obywatelstwo</b> | <b>Data urodzenia<br/>(dd-mm-rrrr)</b>                                 |
|           |                      |                     |  |
| <b>2.</b> | <b>Imię</b>          | <b>Nazwisko</b>     | <b>Płeć</b>  |
|           |                      |                     | <input type="checkbox"/> kobieta<br><input type="checkbox"/> mężczyzna |
|           | <b>Numer PESEL*)</b> | <b>Obywatelstwo</b> | <b>Data urodzenia<br/>(dd-mm-rrrr)</b>                                 |
|           |                      |                     |  |
| <b>3.</b> | <b>Imię</b>          | <b>Nazwisko</b>     | <b>Płeć</b>  |
|           |                      |                     | <input type="checkbox"/> kobieta<br><input type="checkbox"/> mężczyzna |
|           | <b>Numer PESEL*)</b> | <b>Obywatelstwo</b> | <b>Data urodzenia<br/>(dd-mm-rrrr)</b>                                 |
|           |                      |                     |  |

\*)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\*<sup>-1</sup> w państwie, w którym mają zastosowanie przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego\*\*<sup>1</sup>,
- przebywam lub członek** mojej rodziny **przebywa** poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej\*<sup>-\*</sup> w państwie, w którym mają zastosowanie przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego\*\*\*<sup>( w przypadku zaznaczenia wypełnić poniższe pole):</sup>

.....  
(imię i nazwisko oraz numer PESEL członka/członków rodziny przebywających za granicą)

\*<sup>1</sup>) Nie dotyczy wyjazdu lub pobytu turystycznego, leczniczego lub związanego z podjęciem przez dziecko kształcenia poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej.

\*\*<sup>1</sup>) 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.

