

**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**

NAZWA ORGANU WŁAŚCIWEGO PROWADZĄCEGO POSTĘPOWANIE W SPRAWIE JEDNORAZOWEGO ŚWIADCZENIA (1)

**PREZYDENT MIASTA BYDGOSZCZY  
URZĄD MIASTA BYDGOSZCZY  
Wydział Świadczeń Rodzinnych**

ADRES ORGANU WŁAŚCIWEGO PROWADZĄCEGO POSTĘPOWANIE W SPRAWIE JEDNORAZOWEGO ŚWIADCZENIA (1)

01. Gmina / Dzielnica

**BYDGOSZCZ**

02. Kod pocztowy

**8 5 - 8 2 5**

03. Miejscowość

**BYDGOSZCZ**

04. Ulica

**WOJSKA POLSKIEGO**

05. Numer domu

**65**

06. Numer lokalu

(1) Wójt, burmistrz lub prezydent miasta właściwy ze względu na miejsce zamieszkania osoby uprawnionej.

### CZĘŚĆ I

Dane osoby ubiegającej się o ustalenie prawa do jednorazowego świadczenia, zwanej dalej „osobą ubiegającą się”

#### DANE IDENTYFIKACYJNE

01. Imię

02. Nazwisko

03. Numer PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

04. Seria i numer dokumentu potwierdzając ego tożsamość <sup>(1)</sup>

05. Obywatelstwo

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

#### MIEJSCE ZAMIESZKANIA

01. Miejscowość

02. Kod pocztowy

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

03 Ulica

04. Numer domu

05. Numer mieszkania

06. Numer telefonu <sup>(2)</sup>

07. Adres poczty elektronicznej — e-mail <sup>(2)</sup>

(2) Podanie numeru telefonu i adresu poczty elektronicznej nie jest obowiązkowe.

## 1. Składam wnioszek o jednorazowe świadczenie na następujące dzieci:

## DANE IDENTYFIKACYJNE DZIECKA - 1

Imię:

Nazwisko:

Numer PESEL:

Data urodzenia: (dd / mm / rrrr)

Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: (1)

Obywatelstwo:

Płeć: (2)

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

(2) Należy wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna.

## DANE IDENTYFIKACYJNE DZIECKA - 2

Imię:

Nazwisko:

Numer PESEL:

Data urodzenia: (dd / mm / rrrr)

Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: (1)

Obywatelstwo:

Płeć: (2)

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

(2) Należy wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna.

## DANE IDENTYFIKACYJNE DZIECKA - 3

Imię:

Nazwisko:

Numer PESEL:

Data urodzenia: (dd / mm / rrrr)

Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: (1)

Obywatelstwo:

Płeć: (2)

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

(2) Należy wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna.

## DANE IDENTYFIKACYJNE DZIECKA - 4

Imię:

Nazwisko:

Numer PESEL:

Data urodzenia: (dd / mm / rrrr)

Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: (1)

Obywatelstwo:

Płeć: (2)

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

(2) Należy wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna.



## 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. 4ust. 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: dd/ mm / rrrr )

.....  
(Podpis osoby ubiegającej się)