

Jednostka organizacyjna Miasta Białegostoku:  
Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie  
w Białymstoku - Dział Świadczeń Rodzinnych  
ul. Klepacka 18  
15-634 Białystok

**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<sup>*)</sup></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>		

<sup>\*)</sup> W przypadku gdy nie nadano numeru PESEL, należy podać numer i serię dokumentu potwierdzającego tożsamość.

**1 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 <input type="checkbox"/> mężczyzna
	<b>Numer PESEL<sup>*)</sup></b>	<b>Obywatelstwo</b>	<b>Data urodzenia (dd-mm-rrrr)</b>

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

<sup>\*)</sup> 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,
- 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>\*)</sup> w państwie, w którym mają zastosowanie przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego<sup>\*\*)</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>\*\*)</sup> (w przypadku zaznaczenia wypełnić poniższe pole):

.....

.....

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

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

<sup>\*\*)</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.



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 2003r. o świadczeniach rodzinnych 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.**

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