

2. Składam wniosek o jednorazowe świadczenie na następujące dzieci:

2	Imię		Nazwisko	
	Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ¹⁾	Data urodzenia	Płeć
	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K
	Obywatelstwo			
3	Imię		Nazwisko	
	Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ¹⁾	Data urodzenia	Płeć
	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K
	Obywatelstwo			
4	Imię		Nazwisko	
	Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ¹⁾	Data urodzenia	Płeć
	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K
	Obywatelstwo			
5	Imię		Nazwisko	
	Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ¹⁾	Data urodzenia	Płeć
	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K
	Obywatelstwo			
6	Imię		Nazwisko	
	Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ¹⁾	Data urodzenia	Płeć
	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K
	Obywatelstwo			
7	Imię		Nazwisko	
	Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ¹⁾	Data urodzenia	Płeć
	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K
	Obywatelstwo			

1) Wypełnij tylko w przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL.

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,

(należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

- nie przebywam** ani członek mojej rodziny nie przebywa poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej¹⁾ w państwie, w którym mają zastosowanie przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego²⁾
- przebywam** lub członek mojej rodziny przebywa poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej¹⁾ w państwie, w którym mają zastosowanie przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego²⁾.
- (w przypadku zaznaczenia wypełnij sekcję: DANE CZŁONKÓW RODZINY PRZEBYWAJĄCYCH ZA GRANICĄ)

- 4) Nie dotyczy wyjazdu lub pobytu turystycznego, leczniczego lub związanego z podjęciem przez dziecko kształcenia poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej.
- 5) 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.

DANE CZŁONKÓW TWOJEJ RODZINY PRZEBYWAJĄCYCH ZA GRANICĄ

imię, nazwisko oraz numer PESEL członka/członków rodziny przebywających za granicą

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Do wniosku dołączam następujące dokumenty (właściwe zaznaczyć):

- 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 położną⁴⁾ 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.
- 4) 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”, 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 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 jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(miejscowość)

.....
(data: dd / mm / rrr)

.....
(podpis wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE FORMY WYPŁACANIA ŚWIADCZEŃ

Należy zaznaczyć tylko jedną formę przekazywania świadczeń !!!

(niezależnie od rodzaju, świadczenia mogą być przekazywane za pomocą tylko jednej formy płatności)

Imię i nazwisko

Adres

Proszę o przekazywanie przyznanego świadczenia na rachunek bankowy:

.....
(nazwa banku, oddział)

(numer rachunku - 26 cyfr)

Oświadczam, że jestem właścicielem / współwłaścicielem / osobą upoważnioną*) do w/w konta bankowego

Odbiorę w punkcie kasowym / placówce banku:

.....
(nazwa i adres punktu kasowego / placówki banku)

*) niepotrzebne skreślić

.....
(data podpis osoby ubiegającej się)

Pieczęć placówki ubezpieczenia zdrowotnego

Miejscowość data.....

ZAŚWIADCZENIE

Zaświadczam, że

ciąża Pani /
Imię, Nazwisko, data urodzenia

dziecko: ur.,
Imię, Nazwisko

posiada:

ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo

nieuleczalna chorobę zagrażającą życiu

Powyższe upośledzenie/choroba powstało w:

prenatalnym okresie rozwoju dziecka

w czasie porodu

Oświadczam, że jestem lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Posiadam specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie:

położnictwa i ginekologii,

perinatologii

neonatologii

Pieczęć i podpis lekarza specjalisty

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/
praktyki lekarskiej/praktyki położnej¹⁾)

.....
(miejsowość i data)

ZAŚWIADCZENIE

**lekarskie/wystawione przez położną¹⁾
potwierdzające pozostawanie kobiety pod opieką medyczną nie później niż od 10. tygodnia ciąży
do porodu, uprawniającą do dodatku z tytułu urodzenia dziecka²⁾**

Pani
(imię i nazwisko)

numer PESEL lub nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość³⁾
.....

zamieszkała:
(adres zamieszkania)

pozostawała pod opieką medyczną od tygodnia ciąży do porodu.

Terminy udzielenia świadczeń zdrowotnych⁴⁾:

1) pierwszy trymestr ciąży -

2) drugi trymestr ciąży -

3) trzeci trymestr ciąży -

.....
(pieczęć i podpis lekarza/położnej¹⁾)

1) Niepotrzebne skreślić

2) Niniejsze zaświadczenie zgodne z art. 15b ust. 6 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2006 r. Nr 139, poz. 992, z późn. zm.) stanowi także podstawę uzyskania jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia się żywego dziecka.

3) W przypadku kobiety nieposiadającej numeru PESEL.

4) Należy wpisać termin udzielonego jednego świadczenia zdrowotnego w każdym trymestrze ciąży.

OŚWIADCZENIE

Złożone na wniosek strony (art. 75 § 2 kpa).

Ja niżej podpisany(a)

imię i nazwisko

zamieszkały(a)

kod pocztowy [] [] [] [] - [] [] [] [] miejscowość

ulica

nr domu

nr mieszkania

seria i numer dowodu osobistego

Nr PESEL

Składając oświadczenie pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, przewidzianej w art. 233 § 1, § 1a i § 2 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny, oświadczam, co następuje:

Dane powyższe podałem(am) zgodnie z prawdą i **jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia**, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Stwierdzam własnoręczność podpisu

.....
podpis osoby przyjmującej oświadczenie

.....
podpis osoby składającej oświadczenie

Miejscowość

Data

***Art. 233 K.K.** §1 – Kto, składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§1a – Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§2 – Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swych uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania lub odebrał od niego przyrzeczenie.

INFORMACA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWCH

1. Administratorem danych osobowych jest Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Wilkowicach ul. Parkowa 10, 43-365 Wilkowice. Z Administratorem możesz skontaktować się pisząc na adres: sekretariat@gops.wilkowice.pl lub dzwoniąc pod numer: 33 443 22 55.
2. Z inspektorem możesz skontaktować się Inspektorem Ochrony Danych pisząc na adres: iod@gops.wilkowice.pl
3. Twoje dane przetwarzane są na podstawie art. 6 lit. c RODO w celu realizacji obowiązków prawnych wynikających z ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej; ustawy z 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych, ustawy z 7 września 2007 r. o pomocy osobom uprawnionym do alimentów; ustawy z dnia 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci, ustawy z 19 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej; ustawy z 5 grudnia 2014 r. o Karcie Dużej Rodziny, ustawy z 21 czerwca 2001 r. o dodatkach mieszkaniowych; ustawy z 10 kwietnia 1997 r. Prawo energetyczne; ustawy z 7 września 1991 r. o systemie oświaty; ustawy z 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za Życiem”.
4. Dane osobowe przetwarzane są wyłącznie w zakresie związanym z realizacją powyższych celów.
5. Dane osobowe udostępniane są odbiorcom na podstawie przepisów prawa, w szczególności właściwym organom pomocy społecznej i właściwym domom pomocy społecznej i podobnym ośrodkom, a także podmiotom przetwarzającym dane na zlecenie Administratora w związku z uzyskiwaniem niezbędnych usług.
6. Administrator nie zamierza przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych.
7. Dane osobowe będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne do spełnienia celu, dla którego zostały zebrane, a później przez okres wyznaczony właściwym przepisem prawa w celach archiwalnych, zgodnie z obowiązującymi przepisami.
8. Ma Pan / Pani prawo żądać od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych.
9. W związku z przetwarzaniem danych osobowych przez Administratora przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzasadnione jest, że Twoje dane osobowe przetwarzane są przez Administratora niezgodnie z przepisami RODO.
10. Podanie danych osobowych jest konieczne do rozpatrzenia załatwienia sprawy. Odmowa podania danych, może uniemożliwić realizację przedmiotowego działania.
11. Administrator nie będzie stosował wobec danych zautomatyzowanego podejmowania decyzji w oparciu o dane osobowe, w tym profilowania.

Wilkowice, dn.

.....
.....
.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że otrzymałam/łem z klauzulę informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Wilkowicach.

.....