

**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 KATOWICE
MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ

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

01. Gmina / Dzielnica

KATOWICE

02. Kod pocztowy

4 0 - 0 3 2

03. Miejscowość

KATOWICE

04. Ulica

JAGIELLOŃSKA

05. Numer domu

17

06. Numer lokalu

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

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 potwierdzającego tożsamość (1)

05. Obywatelstwo

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

ADRES ZAMIESZKANIA

01. Gmina / Dzielnica

02. Kod pocztowy

-

03. Miejscowość

04. Ulica

05. Numer domu

06. Numer mieszkania

07. Numer telefonu (1)

08. Adres poczty elektronicznej — e-mail (1)

(1) Podanie numeru telefonu i adresu poczty elektronicznej jest dobrowolne i ich podanie oznacza wyrażenie zgody na ich przetwarzanie w celu kontaktu w sprawach związanych ze składanym wnioskiem.

1. Składam wniosek 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.

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),
- 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 Polskiej(1) w państwie, w którym mają zastosowanie przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego(2),
- przebywam** lub członek mojej rodziny przebywa poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej(1) w państwie, w którym mają zastosowanie przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego(2).

(w przypadku zaznaczenia wypełnić poniższe pola):

- (1) Nie dotyczy wyjazdu lub pobytu turystycznego, leczniczego lub związanego z podjęciem przez dziecko kształcenia poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej.
 (2) 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 RODZINY PRZEBYWAJĄCYCH ZA GRANICĄ

Imię i nazwisko oraz numer PESEL członka/członków rodziny przebywających za granicą:

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(3) 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 raz wzoru zaświadczenia potwierdzającego pozostawanie pod tą opieką (Dz. U. poz. 1234).
- (3) 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)

4)

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: dd / mm / rrrr)

.....
(Podpis osoby ubiegającej się)

Klauzula informacyjna w sprawie o przyznanie świadczenia „Za życiem”

Stosując się do 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informujemy, iż przysługują Pani/Panu niżej określone prawa.

Administratorem danych osobowych ujawnionych w formularzu jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Katowicach, ul. Jagiellońska 17,40-032 Katowice. We wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych oraz z wykonywaniem Pani/Panu praw w zakresie ochrony danych osobowych można kontaktować się z inspektorem ochrony danych osobowych listownie pod wyżej podanym adresem, adresem poczty elektronicznej: daneosobowe@mops.katowice.pl, lub pod nr telefonu: 32 251 00 87 oraz poprzez elektroniczną skrynkę podawczą ePUAP dostępną pod adresem: <https://epuap.gov.pl/wps/portal/strefa-klienta/katalog-spraw/profil-urzedu/f7s0tdv03v>

Numer telefonu jest przetwarzany w celu kontaktu w sprawach związanych ze złożonym wnioskiem. Pozostałe dane osobowe są przetwarzane w celu realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 4 listopada 2016 o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”.

Wszystkie podane dane osobowe są przetwarzane w celu archiwalnym zgodnie z ustawą o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz wydanych na jej podstawie aktach wykonawczych, a także celu kontrolnym.

Dane konieczne do rozpatrzenia wniosku są zbierane i wykorzystywane przez Ośrodek dla prowadzonych postępowań administracyjnych, zmierzających do wydania decyzji administracyjnych, w celu przyznania w celu przyznania jednorazowego świadczenia z tytułu urodzenia dziecka, u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu.

Dane pozyskiwane są bezpośrednio od Wnioskodawcy poprzez złożony wniosek z załącznikami oraz w drodze pisemnej lub elektronicznej za pośrednictwem ministra właściwego do spraw rodziny z rejestrów publicznych, w tym rejestru PESEL, o którym mowa w przepisach o ewidencji ludności, Centralnej Bazy Beneficjentów oraz Centralnego Wykazu Ubezpieczonych. Powyższe dane będą przechowywane przez okres 10 lat od dnia ich udostępnienia z rejestru centralnego, z wyjątkiem informacji dotyczących osób, którym świadczenie nie zostało przyznane, które przechowuje się przez okres 1 roku od dnia, w którym decyzja w sprawie świadczenia albo wydania orzeczenia stała się ostateczna, lub od dnia pozostawienia wniosku o ustalenie prawa do świadczenia albo o wydanie orzeczenia bez rozpatrzenia.

Pozyskane dane będą przechowywane przez okres nie dłuższy niż 10 lat od wydania rozstrzygnięcia w sprawie i niezwłocznie usunięte po uzyskaniu zgody Archiwum Państwowego zgodnie z przepisami ustawy o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

Dane dotyczące osób pobierających świadczenia, osób ubiegających się o świadczenia oraz członków ich rodzin są przetwarzane przez ministra właściwego do spraw rodziny i wojewodę w celu monitorowania realizacji świadczeń oraz w celu umożliwienia organom właściwym i wojewodzie weryfikacji prawa do świadczeń oraz przez podmioty wymienione w przedmiotowej ustawie, którym informacje te zostały udostępnione. Minister właściwy do spraw rodziny przetwarza dane w zakresie adresu poczty elektronicznej wskazanego w formularzu w celu przekazywania informacji związanych z uprawnieniami dla rodzin.

Państwa dane osobowe nie będą ujawniane innym podmiotom, za wyjątkiem przypadków, kiedy zasadność udostępniania wynika z przepisów prawa. Dane mogą być jednak przekazywane innym podmiotom zapewniającym obsługę administracyjną, techniczną i informatyczną MOPS. W szczególności podmiotom administrującym systemami informatycznymi, serwisującym sprzęt informatyczny, zapewniającymi transport dokumentów i nośników elektronicznych, zapewniającymi niszczenie dokumentów i nośników elektronicznych oraz podmiotom zapewniającym obsługę prawną. Przekazanie danych realizowane będzie na podstawie zawartych umów powierzenia przetwarzania, a podmioty przetwarzające mogą je przetwarzać jedynie na polecenie ośrodka, co należy rozumieć w ten sposób, że nie są uprawnione do przetwarzania tych danych we własnych celach. Dane nie będą przetwarzane w celu zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.

W wypadku danych, których podstawą przetwarzania jest dobrowolnie wyrażona zgoda, przysługuje Pani/Panu prawo cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, jeśli są błędne lub nieaktualne, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do przeniesienia danych dostarczonych administratorowi, których podstawą przetwarzania jest zgoda. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

Podanie danych przetwarzanych na podstawie zgody jest dobrowolne. Podanie pozostałych danych jest niezbędne w celu rozpatrzenia wniosku o przyznanie jednorazowego świadczenia „Za życiem” na podstawie ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”. Odmowa podania tych danych wiązać się będzie z brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku.

Szczegółowe informacje i wyjaśnienia dostępne są na stronie internetowej MOPS (www.mops.katowice.pl).

Proszę o wypłatę jednorazowego świadczenia na:	
OSOBISTE KONTO BANKOWE	
	Imię, nazwisko, PESEL, Adres właściciela konta:
KARTA PRZEDPŁACONA	Imię, nazwisko PESEL, adres właściciela karty:
PRZEKAZ POCZTOWY	
INFORMACJA! WSZYSTKIE ŚWIADCZENIA RODZINNE I OPIEKUŃCZE, ŚWIADCZENIA WYCHOWAWCZE, ŚWIADCZENIA Z FUNDUSZU ALIMENTACYJNEGO, ZASIŁEK DLA OPIEKUNA BĘDĄ WYPŁACANE ZGODNIE Z FORMĄ WYPŁATY OKREŚLONĄ W OSTATNIM ZŁOŻONYM WNIOSKU LUB PROTOKOLE ZMIANY FORMY WYPŁATY.	
<p>.....</p> <p>PODPIS OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ</p>	

POTWIERDZAM PRZYJĘCIE WNIOSKU					
.....					
<i>Data, podpis, pieczęć pracownika</i>					
Brakujące dokumenty dostarczone::	Tak	Nie	Częściowo	Data	Podpis pracownika
1. Wezwanie					
2. Wezwania					
Daty wpływu do DRA:					Potwierdzam zgodność danych z wniosku z danymi wprowadzonymi do programu i wydrukowanymi decyzjami. (Podpis pracownika DRA)