

Nazwa organu właściwego prowadzącego postępowanie w sprawie jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia się dziecka ¹⁾

SR

Adres ¹⁾

¹⁾ Przez organ właściwy rozumie się wójta, burmistrza lub prezydenta miasta właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby składającej wniosek.

WNIOSEK O USTALENIE PRAWA DO JEDNORAZOWEJ ZAPOMOGI Z TYTUŁU URODZENIA SIĘ DZIECKA

CZĘŚĆ I

1. Dane osoby składającej wniosek o jednorazową zapomogę z tytułu urodzenia się dziecka, zwanej dalej „wnioskodawcą”

Imię		Nazwisko			
Numer PESEL _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ¹⁾		Data urodzenia _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
				Płeć <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K	
Obywatelstwo		Stan cywilny ²⁾			
Adres miejsca zamieszkania					
Miejscowość		Kod pocztowy _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		Adres poczty elektronicznej - e-mail ³⁾	
Ulica		Numer domu		Numer mieszkania	
Numer telefonu ³⁾					

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

²⁾ Wpisz odpowiednio: panna, kawaler, zamężna, żonaty, rozwiedziona, rozwiedziony, w separacji (tylko orzeczonej prawomocnym wyrokiem sądu), wdowa, wdowiec.

³⁾ Podanie adresu e-mail i numeru telefonu nie jest obowiązkowe, ale ułatwi kontakt w sprawie wniosku.

2. Składam wniosek o jednorazową zapomogę z tytułu urodzenia się dziecka na następujące dzieci:

1	Imię		Nazwisko			
	Numer PESEL _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ¹⁾		Data urodzenia _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
					Płeć <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K	
		Obywatelstwo				
2	Imię		Nazwisko			
	Numer PESEL _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ¹⁾		Data urodzenia _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
					Płeć <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="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K	
		Obywatelstwo				

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

3. Dane członków rodziny - wpisz tutaj wszystkich członków swojej rodziny, czyli odpowiednio:

- wnioskodawcę (siebie),
- dane dzieci, na które wnioskujesz o jednorazową zapomogę z tytułu urodzenia się dziecka,
- dane Twojego małżonka/drugiego rodzica dzieci,
- pozostałe dzieci w wieku do ukończenia 25 r. życia, na które nie wnioskujesz o jednorazową zapomogę z tytułu urodzenia się dziecka, ale które pozostają na Twoim utrzymaniu,
- dziecko, które ukończyło 25. rok życia legitymujące się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, jeżeli w związku z tą niepełnosprawnością przysługuje świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy lub zasiłek dla opiekuna.

Definicja rodziny: zgodnie z art. 3 pkt 16 ustawy o świadczeniach rodzinnych rodzina oznacza **odpowiednio:** małżonków, rodziców dzieci, opiekuna faktycznego dziecka oraz pozostające na utrzymaniu dzieci w wieku do ukończenia 25. roku życia, a także dziecko, które ukończyło 25. rok życia legitymujące się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, jeżeli w związku z tą niepełnosprawnością przysługuje świadczenie pielęgnacyjne lub specjalny zasiłek opiekuńczy albo zasiłek dla opiekuna, o którym mowa w ustawie z dnia 4 kwietnia 2014 r. o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów (Dz. U. z 2016 r. poz. 162 i 972).

Do członków rodziny nie zalicza się:

- dziecka pozostającego pod opieką opiekuna prawnego,
- dziecka pozostającego w związku małżeńskim,
- pełnoletniego dziecka posiadającego własne dziecko.

W skład mojej rodziny wchodzi:					
1	Imię		Nazwisko		
	Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ¹⁾	Data urodzenia	Płeć	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> K
Pokrewieństwo (relacja do wnioskodawcy)			Obywatelstwo		
2	Imię		Nazwisko		
	Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ¹⁾	Data urodzenia	Płeć	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> K
Pokrewieństwo (relacja do wnioskodawcy)			Obywatelstwo		
3	Imię		Nazwisko		
	Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ¹⁾	Data urodzenia	Płeć	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> K
Pokrewieństwo (relacja do wnioskodawcy)			Obywatelstwo		
4	Imię		Nazwisko		
	Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ¹⁾	Data urodzenia	Płeć	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> K
Pokrewieństwo (relacja do wnioskodawcy)			Obywatelstwo		
5	Imię		Nazwisko		
	Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ¹⁾	Data urodzenia	Płeć	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> K
Pokrewieństwo (relacja do wnioskodawcy)			Obywatelstwo		
6	Imię		Nazwisko		
	Numer PESEL	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ¹⁾	Data urodzenia	Płeć	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> K
Pokrewieństwo (relacja do wnioskodawcy)			Obywatelstwo		

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

W skład mojej rodziny wchodzi (c.d.):

7	Imię	Nazwisko		
	Numer PESEL _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ¹⁾	Data urodzenia _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Płeć <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K
	Pokrewieństwo (relacja do wnioskodawcy)		Obywatelstwo	

8	Imię	Nazwisko		
	Numer PESEL _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ¹⁾	Data urodzenia _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Płeć <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K
	Pokrewieństwo (relacja do wnioskodawcy)		Obywatelstwo	

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

4. Zaznacz organ, do którego są opłacane składki na ubezpieczenie zdrowotne za Ciebie i członków Twojej rodziny.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych
 Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego
 Brak ¹⁾

Inny

(nazwa i adres właściwej jednostki)

1) Zaznacz „Brak”, gdy ani za siebie, ani za żadnego z członków Twojej rodziny nie są odprowadzane składki na ubezpieczenie zdrowotne.

5. Dane dotyczące dochodów członków rodziny:

5.1 Łączna kwota alimentów świadczonych na rzecz innych osób w roku: wyniosła: zł.
rok kalendarzowy¹⁾ kwota alimentów

5.2 W roku kalendarzowym ¹⁾ poprzedzającym okres, na który jest ustalane prawo do jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia się dziecka, Ja lub członkowie mojej rodziny (wskazani w punkcie 3 wniosku):

TAK	NIE	osiągnęli dochody niepodlegające opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych na zasadach określonych w art. 27, art. 30b, a r. 30c, art. 30e i art. 30f ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2012 r. poz. 361, z późn. zm.),
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(w przypadku zaznaczenia TAK wypełnij dodatkowo oświadczenie o dochodzie Twoim lub członka/członków rodziny)
TAK	NIE	osiągnęli dochody z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne - ryczałt ewidencjonowany lub karta podatkowa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(w przypadku zaznaczenia TAK dołącz do wniosku zaświadczenie z Urzędu Skarbowego)
TAK	NIE	osiągnęli dochody uzyskane z gospodarstwa rolnego
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(w przypadku zaznaczenia TAK wypełnij dodatkowo oświadczenie o przeciętnej wielkości Twojego gospodarstwa rolnego lub gospodarstwa członka/członków rodziny).

1) Wpisać rok kalendarzowy, z którego dochód stanowi podstawę ustalenia dochodu rodziny.

5.3 W roku kalendarzowym poprzedzającym okres zasiłkowy lub po tym roku:

nastąpiła utrata przez członka Twojej rodziny dochodu.¹⁾

nie nastąpiła utrata przez członka Twojej rodziny dochodu.¹⁾

1) Utrata dochodu, zgodnie z art. 3 pkt 23 ustawy, oznacza utratę dochodu spowodowaną:

- uzyskaniem prawa do urlopu wychowawczego,
- utratą zasiłku lub stypendium dla bezrobotnych,
- utratą zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej,
- utratą zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, a także emerytury lub renty, renty rodzinnej lub renty socjalnej,
- wyrejestrowaniem pozarolniczej działalności gospodarczej lub zawieszeniem jej wykonywania w rozumieniu art. 14a ust. 1d ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 584, z późn. zm.)
- utratą zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego lub zasiłku macierzyńskiego, przysługujących po utracie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej,
- utratą zasądzonych świadczeń alimentacyjnych w związku ze śmiercią osoby zobowiązanej do tych świadczeń lub utratą świadczeń pieniężnych wypłacanych w przypadku bezskuteczności egzekucji alimentów w związku ze śmiercią osoby zobowiązanej do świadczeń alimentacyjnych,
- utratą świadczenia rodzicielskiego,
- utratą zasiłku macierzyńskiego, o którym mowa w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników.
- utratą stypendium doktoranckiego określonego w art. 200 ust. 1 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 1842 ze zm.)

5.4 W roku kalendarzowym poprzedzającym okres zasiłkowy lub po tym roku:

- nastąpiło uzyskanie przez członka Twojej rodziny dochodu.¹⁾
 nie nastąpiło uzyskanie przez członka Twojej rodziny dochodu.¹⁾

1) Uzyskanie dochodu, zgodnie z art. 3 pkt 24 ustawy, oznacza uzyskanie dochodu spowodowane:

- zakończeniem urlopu wychowawczego,
- uzyskaniem zasiłku lub stypendium dla bezrobotnych,
- uzyskaniem zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej,
- uzyskaniem zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, a także emerytury lub renty, renty rodzinnej lub renty socjalnej,
- rozpoczęciem pozarolniczej działalności gospodarczej lub wznowieniem jej wykonywania po okresie zawieszenia w rozumieniu art. 14a ust. 1d ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej,
- uzyskaniem zasiłku chorobowego, świadczenia rehabilitacyjnego lub zasiłku macierzyńskiego, przysługujących po utracie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej,
- uzyskaniem świadczenia rodzicielskiego,
- uzyskaniem zasiłku macierzyńskiego, o którym mowa w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników.
- uzyskaniem stypendium doktoranckiego określonego w art. 200 ust. 1 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 1842 ze zm.).

CZĘŚĆ II POUCZENIA I OŚWIADCZENIA

1. Jednorazowa zapomoga z tytułu urodzenia się dziecka przysługuje:

1) obywatelom polskim,

2) cudzoziemcom:

- a) do których stosuje się przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego,
 - b) jeżeli wynika to z wiążących Rzeczpospolitą Polską dwustronnych umów międzynarodowych o zabezpieczeniu społecznym,
 - c) przebywającym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie zezwolenia na pobyt czasowy udzielonego w związku z okolicznościami, o których mowa w art. 127 ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach (Dz. U. poz. 1650, z późn. zm.), jeżeli zamieszkują z członkami rodzin na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - d) posiadającym kartę pobytu z adnotacją „dostęp do rynku pracy”, jeżeli zamieszkują z członkami rodzin na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, z wyłączeniem obywateli państw trzecich, którzy uzyskali zezwolenie na pracę na terytorium państwa członkowskiego na okres nieprzekraczający sześciu miesięcy, obywateli państw trzecich przyjętych w celu podjęcia studiów oraz obywateli państw trzecich, którzy mają prawo do wykonywania pracy na podstawie wizy.
- jeżeli zamieszkują na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez okres zasiłkowy, w którym otrzymują świadczenia rodzinne, chyba że przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego lub dwustronne umowy międzynarodowe o zabezpieczeniu społecznym stanowią inaczej (art. 1 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1518, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”).

Jednorazowa zapomoga przysługuje matce lub ojcu dziecka, opiekunowi prawnemu albo opiekunowi faktycznemu dziecka, jeżeli dochód rodziny w przeliczeniu na osobę nie przekracza kwoty kryterium dochodowego określonego w ustawie (art. 15b ust. 2 ustawy).

Wniosek o wypłatę jednorazowej zapomogi składa się w terminie 12 miesięcy od dnia narodzin dziecka, a w przypadku gdy wniosek dotyczy dziecka objętego opieką prawną, opieką faktyczną albo dziecka przysposobionego w terminie 12 miesięcy od dnia objęcia dziecka opieką albo przysposobienia nie później niż do ukończenia przez dziecko 18. roku życia. Wniosek złożony po terminie organ właściwy pozostawia bez rozpoznania (art. 15b ust. 3 ustawy).

Jednorazowa zapomoga nie przysługuje, jeżeli:

- 1) członkowi rodziny przysługuje za granicą świadczenie z tytułu urodzenia się dziecka, chyba że przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego lub dwustronne umowy o zabezpieczeniu społecznym stanowią inaczej;
- 2) osobie samotnie wychowującej dziecko nie zostało ustalone, na rzecz danego dziecka od jego rodzica, świadczenie alimentacyjne na podstawie tytułu wykonawczego pochodzącego lub zatwierdzonego przez sąd, chyba że:
 - a) rodzice lub jedno z rodziców dziecka nie żyje,
 - b) ojciec dziecka jest nieznany,
 - c) powództwo o ustalenie świadczenia alimentacyjnego od drugiego z rodziców zostało oddalone,
 - d) sąd zobowiązał jednego z rodziców do ponoszenia całkowitych kosztów utrzymania dziecka i nie zobowiązał drugiego z rodziców do świadczenia alimentacyjnego na rzecz tego dziecka,
 - e) dziecko, zgodnie z orzeczeniem sądu, jest pod opieką naprzemienną obojga rodziców sprawowaną w porównywalnych i powtarzających się okresach (art. 15b ust. 4 ustawy).

Pozostawanie pod opieką medyczną potwierdza się zaświadczeniem lekarskim lub zaświadczeniem wystawionym przez położną. Przepisy w sprawie formy opieki medycznej nad kobietą w ciąży oraz wzoru zaświadczenia potwierdzającego pozostawanie pod tą opieką, wydane na podstawie art. 9 ust. 8 ustawy, stosuje się odpowiednio.

W przypadku zmian mających wpływ na prawo do jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia się dziecka, w szczególności zaistnienia okoliczności wymienionych powyżej lub uzyskania dochodu, wnioskodawca jest obowiązany niezwłocznie powiadomić o tych zmianach gminny organ właściwy realizujący świadczenia rodzinne.

Nie poinformowanie gminnego organu właściwego prowadzącego postępowanie w sprawie świadczeń rodzinnych o zmianach, o których mowa powyżej, może skutkować powstaniem nienależnie pobranych świadczeń rodzinnych, a w konsekwencji - koniecznością ich zwrotu wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie.

2. Oświadczenie dotyczące ustalenia prawa do jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia się dziecka

Oświadczam, że:

- powyższe dane są prawdziwe,
- zapoznałam/zapoznałem się z warunkami uprawniającymi do jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia się dziecka,
- członkowi rodziny nie przysługuje na dziecko świadczenie z tytułu urodzenia się dziecka za granicą.

Do wniosku dołączam następujące dokumenty:

- 1) 2)
3) 4)

Oświadczam, że jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(miejscowość)

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

.....
(podpis wnioskodawcy)

KLAUZULA INFORMACYJNA

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz. U.UE. L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

- 1) Administratorem Państwa danych jest **Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Działoszycach, ul Skalbmierska 5, 28-440 Działoszyce**
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: inspektor@cbi24.pl lub pisemnie na adres Administratora.
- 3) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu ustalenia prawa do świadczeń rodzinnych, wychowawczych oraz świadczeń z funduszu alimentacyjnego.
- 4) Podstawą przetwarzania Państwa danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO, w związku z ustawą z dnia 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci, w związku z ustawą z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych oraz w związku z ustawą z dnia 7 września 2007 r. o pomocy osobom uprawnionym do alimentów.
- 5) Państwa dane będą przechowywane przez okres związany z realizacją świadczeń a następnie zgodnie z przepisami ustawy z 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach i wydanej na jej podstawie instrukcji archiwizacji jednostki.
- 6) Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą podlegały profilowaniu.
- 7) W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
 - a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii
 - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
 - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
 - d) prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
 - e) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie
 - g) danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
- 8) Podanie przez Państwa danych osobowych wymaganych dla realizacji świadczenia na podstawie Ustawy jest obowiązkowe – nieprzekazanie danych skutkować będzie brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku. Brak przekazania przez Państwa danych osobowych oznaczonych jako dobrowolne pozostaje bez wpływu na rozpatrzenie złożonego wniosku.
- 9) Państwa dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie zawartej przez jednostkę umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, w związku z realizacją przysługujących Państwu świadczeń, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

Zapoznałem/am się

Data:

Podpis:

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej/
praktyki lekarskiej/praktyki położnej ¹⁾)

.....
(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 tożsamość ³⁾

.....
zamieszkała:
(adres zamieszkania)

pozostawała pod opieką medyczną od tygodnia ciąży do porodu.

Terminy udzielenia świadczeń zdrowotnych ⁴⁾:

1) pierwszy trymestr ciąży -

2) drugi trymestr ciąży -

3) trzeci trymestr ciąży -

.....
(pieczęć i podpis lekarza/położnej ¹⁾)

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.