

Załącznik do rozporządzenia
Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
z dnia 21 grudnia 2016 r. (poz.)
Додаток до розпорядження Міністра сім'ї,
праці та соціальної політики
від 21 грудня 2016 р. (поз.).

WZÓR / ЗАЗОК

Nazwa organu właściwego prowadzącego postępowanie w sprawie jednorazowego świadczenia: Назва відповідного органу, що розглядає справу про надання одноразової допомоги:
Adres: / Адреса:

**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**

**ЗАЯВА ПРО НАДАННЯ ПРАВА НА ОДНОРАЗОВУ ДОПОМОГУ У ЗВ'ЯЗКУ З
НАРОДЖЕННЯМ ДИТИНИ, В ЯКОЇ ДІАГНОСТОВАНО ВАЖКІ ТА НЕЗВОРОТНІ
ВАДИ АБО НЕВИЛІКОВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ, ЩО ЗАГРОЖУЮТЬ ЖИТТЮ, ЯКІ
ВИНИКЛИ В ПРЕНАТАЛЬНИЙ ПЕРІОД
РОЗВИТКУ АБО ПІД ЧАС ПОЛОГІВ**

Część I / Частина I

1. Dane osoby ubiegającej się o ustalenie prawa do jednorazowego świadczenia, zwanej dalej „osoba ubiegająca się”.
Дані особи, що клопочеться про надання права на одноразову допомогу, що далі іменується «заявник».

Imię / Ім'я	Nazwisko / Прізвище
Numer PESEL*) / Номер PESEL*)	Obywatelstwo / Громадянство
Miejsce zamieszkania / Місце проживання	
Miejscowość / Місцевість	Kod pocztowy Поштовий індекс

Ulica / Вулиця	Numer domu Номер будинку	Numer mieszkania Номер квартири
Numer telefonu (nieobowiązkowo) Номер телефону (необов'язково)	Adres poczty elektronicznej – e-mail (nieobowiązkowo) Адреса електронної пошти — e-mail (необов'язково)	

*)

W przypadku, gdy nie nadano numeru PESEL, należy podać numer i serię dokumentu potwierdzającego tożsamość.
У випадку, якщо не надано номер PESEL, слід вказати номер та серію документа, що посвідчує особу.

2. Wnoszę o ustalenie prawa do jednorazowego świadczenia na następujące dzieci:
Клопочуся про надання права на одноразову допомогу для наступних дітей:

1.	Imię / Ім'я	Nazwisko / Прізвище	Płeć / Стать
			☐ kobieta / жіноча ☐ mężczyzna / чоловіча
	Numer PESEL*) Номер PESEL*)	Obywatelstwo Громадянство	Data urodzenia (dd-mm-rrrr) Дата народження:(dd / мм /rrrr):
2.	Imię / Ім'я	Nazwisko / Прізвище	Płeć / Стать
			☐ жіноча ☐ чоловіча
	Numer PESEL*) Номер PESEL*)	Obywatelstwo Громадянство	Data urodzenia (dd-mm-rrrr) Дата народження:(dd / мм /rrrr):
3.	Imię / Ім'я	Nazwisko / Прізвище	Płeć / Стать
			☐ жіноча ☐ чоловіча
	Номер PESEL*)	Громадянство	Data urodzenia (dd-mm-rrrr) Дата народження:(дд / мм /rrrr):

*)

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

У випадку, якщо не надано номер PESEL, слід вказати номер та серію документа, що посвідчує особу.

Część II / Частина II

Oświadczenie dotyczące ustalenia prawa do jednorazowego świadczenia

Заява про надання права на одноразову допомогу

Oświadczam, że: / Заявляю, що:

- zapoznałam/zapoznałem się z warunkami uprawniającymi do jednorazowego świadczenia,
- - я ознайомився/-лась з умовами надання права на одноразову допомогу,
- 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 i 1948),
- Я є одержувачем медичного обслуговування або особою, яка має право на медичне обслуговування, на підставі положень про координацію у розумінні положень Закону від 27 серпня 2004 року «Про медичні послуги, що фінансуються з державних коштів». (Дзєннік устав (Законодавчий вісник) від 2016 р. поз.1793, 1807, 1860 i 1948)
- na dziecko/dzieci, na które ubiegam się o jednorazowe świadczenie, nie jest pobierane
- w tej lub innej instytucji jednorazowe świadczenie,

- на дитину/дітей, для яких клопочуся про одноразову допомогу, не отримується одноразова допомога в цій або іншій установі,
- 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,
- дитина/діти, щодо яких я клопочуся про одноразову допомоги, не перебуває/не перебувають не були влаштовані до прийомної сім'ї, або будинку соціальної допомоги, що забезпечує повне безоплатне утримання,
- 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,
- член сім'ї не має право для дитини на одноразову допомогу або допомогу, подібну за характером до одноразової допомоги за кордоном, якщо положеннями про координацію систем соціального забезпечення або двосторонніми міжнародними договорами про соціальне забезпечення не передбачено інше,
- ☐ nie przebywam ani członek mojej rodziny nie przebywa poza granicami Rzeczypospolitej
- Polskiej*) w państwie, w którym mają zastosowanie przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego**) ,
- ☐ **не перебуваю** а також член моєї сім'ї **не перебуває** за межами Республіки Польща*) у країні, де застосовуються положення про координацію систем

☐ przebywam lub członek mojej rodziny przebywa poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej*)
w państwie, w którym mają zastosowanie przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia
społecznego**) (w przypadku zaznaczenia wypełnić poniższe pole):

(imię i nazwisko oraz numer PESEL członka/członków rodziny przebywających za granicą)
(ім'я та прізвище та номер PESEL члена/членів сім'ї, які перебувають за кордоном)

Це не поширюється на подорожі чи перебування з метою туризму, лікування або або пов'язаного зі здобуванням освіти дитиною за межами території Республіки Польща.

Положення про координацію систем соціального забезпечення застосовуються на території наступних країн: Австрія, Бельгія, Хорватія, Данія, Фінляндія, Франція, Греція, Іспанія, Нідерланди, Ірландія, Люксембург, Німеччина, Португалія, Швеція, Італія, Великобританія (*), Кіпр, Чеська Республіка, Естонія, Литва, Латвія, Мальта, Польща, Словаччина, Словенія, Угорщина, Болгарія, Румунія, Норвегія, Ісландія, Ліхтенштейн, Швейцарія.

Пробу виплатити мені одноразову допомогу на наступний номер банківського рахунку

[illegible]

(nazwa banku/spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej) / (назва банку/кооперативної ощадно-кредитної каси)

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,

- 1) ☐ довідка, яка підтверджує важку та незворотну ваду або невиліковну хворобу, що загрожує життю, що виникла в пренатальний період розвитку дитини або під час пологів, видана лікарем медичного страхування у розумінні Закону від 27 серпня 2004 року «Про надання медичного забезпечення, що фінансується за рахунок бюджетних коштів», за спеціальністю II ступеня або званням спеціаліста в галузі акушерства та гінекології, перинатології чи неонатології
- 2) ☐ zaświadczenie lekarskie/zaświadczenie wystawione przez położną * 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 (Dz. U. poz. 1234).
* 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.
- ☐ медична довідка / довідка, видана акушеркою * про те, що жінка перебувала на медичному обліку не пізніше 10 тижня вагітності до пологів, зразок довідки міститься в розпорядженні Міністра здоров'я від 14 вересня 2010 р. «Про форму медичної допомоги вагітній жінці, що дає право на доплату при народженні дитини та зразок довідки, що підтверджує, що дитина перебуває під цим опікою» (Дзєннік устав (Законодавчий вісник) поз. 1234),
**вимога надання медичної довідки/довідки, виданої акушеркою, не поширюється на осіб, які є законними опікунами або фактичними опікунами дитини (фактичним опікуном дитини є особа, яка фактично доглядає за дитиною, якщо вона звернулася до опікунського суду про усиновлення дитини), а також до осіб, які усиновили дитину.*
- 3)

Роз'яснення / 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.

Відповідно до ст.10 п.2 Закону від 4 листопада 2018 р. «Про підтримку вагітних жінок та сімей «За життям» (Дзєннїк устaв (Зaкoнoдaвчий вісник) поз.1860), далі «Закон», одноразова допомога надається: матері або батькові дитини, законному опікуну або фактичному опікуну дитини незалежно від доходу.

Одноразова допомога надається при народженні живої дитини, яка має довідку, про яку йдеться в ст.4 п.3 Закону (довідка, яка підтверджує важку та незворотну ваду або невиліковну хворобу, що загрожує життю, що виникла в пренатальний період розвитку дитини або під час пологів, видана лікарем медичного страхування у розумінні Закону від 27 серпня 2004 року «Про надання медичного забезпечення, що фінансується за рахунок бюджетних коштів», за спеціальністю II ступеня або званням спеціаліста в галузі акушерства та гінекології, перинатології чи неонатології, у сумі 4000 злотих.

Одноразова допомога надається одержувачам медичного обслуговування або особам, які мають право на медичне обслуговування, на підставі положень про координацію у розумінні положень Закону від 27 серпня 2004 року «Про медичні послуги, що фінансуються з державних коштів».

Одноразова допомога надається, якщо жінка перебувала на медичному обліку не пізніше 10-го тижня вагітності до пологів (ця вимога не поширюється на осіб, які є законними або фактичними опікунами дитини, а також осіб, які усиновили дитину). Перебування під медичним доглядом підтверджується медичною довідкою або довідкою, виданою акушеркою. Положення видано відповідно до ст.9 п. 8 Закону від 28 листопада 2003 р. «Про сімейну допомогу» (Дзєннїк Устaв (Зaкoнoдaвчий вісник) від 2016 р., поз.1518 і 1518) застосовується відповідно.

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.

Одноразова допомога не надається, якщо:

1) дитина влаштована під опіку або в будинок соціальної допомоги з наданням повного безоплатного догляду (ст. 10 п.13 Закону у зв'язку зі ст. 7 п.2 Закону від 28 листопада 2003 року «Про сімейну допомогу»);

2) якщо дитина має право на одноразову допомогу або допомогу, подібну за характером до одноразової допомоги за кордоном, якщо інше не передбачено положеннями про координацію систем соціального забезпечення або двосторонніми договорами про соціальне забезпечення (ст. 10 п. 13 Закону від у поєднанні зі ст. 7 п.6 Закону від 28 листопада 2003 року «Про сімейну допомогу»);

Заява про виплату одноразової допомоги подається протягом 12 місяців з дня народження дитини. Заява, подана пізніше встановленого терміну, не розглядається.

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z powyższym pouczeniem. Oświadczam, że powyższe dane zawarte we wniosku są prawdziwe.

Заявляю, що я ознайомився/-лась з вищеприведеною інформацією. Заявляю, що приведені вище у заяві дані відповідають фактичному стану речей.

.....
(miejscowość, data i podpis osoby ubiegającej się)
(місцевість, дата і підпис заявника)