

Nazwa podmiotu realizującego świadczenie
Adres

WNIOSEK O PRYZNANIE JEDNORAZOWEJ ZAPOMOGI Z TYTUŁU URODZENIA SIĘ DZIECKA

1. DANE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ

1. Imię	
2. Nazwisko	
3. PESEL *)	4. Seria i numer dowodu *)
5. Stan cywilny	6. Obywatelstwo
7. Miejsce zamieszkania	8. Telefon

*) w przypadku cudzoziemców wpisać odpowiedni numer identyfikacji (numer paszportu)

2. WNOSZĘ O PRYZNANIE JEDNORAZOWEJ ZAPOMOGI NA DZIECKO

LP	Imię i nazwisko	PESEL lub data urodzenia
1.		
2.		
3.		

3. DO WNIOSKU DOŁĄCZAM NASTĘPUJĄCE DOKUMENTY:

- 1)
- 2)
- 3)

Proszę o wypłatę jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia się dziecka w formie:

- gotówkowej;
- przelewu na konto w banku

(nazwa banku)

.....
(numer konta)

Oświadczam że:

- powyższe dane są prawdziwe;
- zamieszkuję na terenie miastaj;
- dotychczas nie pobrałam/em na dziecko/ci
- jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia dziecka;
- nie będę się ubiegać o jednorazową zapomogę z tytułu urodzenia dziecka na w/w dziecko/ci w innym organie;
- drugi z rodziców - matka* / ojciec* nie pobrał i nie będzie się ubiegał o jednorazową zapomogę z tytułu urodzenia się dziecka.

* niepotrzebne skreślić

.....

(data podpis osoby ubiegającej się)

POUCZENIE

Na podstawie art.15b ustawy z dnia 28 listopada 2003r o świadczeniach rodzinnych(Dz. U. Nr 228, poz.2255, ost. zm., Dz. U. Nr 12, poz.67) jednorazowa zapomoga z tytułu urodzenia się dziecka przysługuje:

1. z tytułu urodzenia się żywego dziecka w wysokości 1000zł na jedno dziecko;
2. ojcu lub matce albo opiekunowi prawnemu niezależnie od ich dochodu;
3. na wniosek złożony w terminie 3 miesięcy od dnia narodzin, wniosek złożony po terminie właściwy organ pozostawia bez rozpatrzenia.

Zgodnie z art. 30 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 28 listopada 2003r o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. Nr 228, poz.2255 z późn. zm.) świadczenie przyznane lub wypłacone na podstawie fałszywych zeznań lub dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd przez osobę pobierającą świadczenia są świadczeniami nienależnie pobranymi. Osoba, która pobrała nienależnie świadczenia rodzinne, jest zobowiązana do ich zwrotu.

.....

(data podpis osoby ubiegającej się)

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

.....
(miejscowość i data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
potwierdzające pozostawanie kobiety pod opieką medyczną nie później niż od
10 tygodnia ciąży do porodu, uprawniającą do dodatku z tytułu urodzenia dziecka¹⁾

Pani

.....
(imię i nazwisko)

numer PESEL lub nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość²⁾

.....
zamieszkała:

.....
(adres zamieszkania)

pozostawała pod opieką medyczną od tygodnia ciąży do porodu.

Terminy udzielenia świadczeń zdrowotnych:

- 1) pierwszy trymestr ciąży -
- 2) drugi trymestr ciąży -
- 3) trzeci trymestr ciąży -

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

¹⁾ Niniejsze zaświadczenie zgodnie 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.

²⁾ W przypadku kobiety nieposiadającej numeru PESEL.